SOLICITUD DE BENEFICIO FAMILIAR

(Solo la debe llenar el posible beneficiario (a) mayor de edad)

Fecha de solicitud:

I PARTE: DATOS DE LA POSIBLE PERSONA BENEFICIARIA FAMILIAR

Nombre completo:	**Primer apellido:**	**Segundo apellido:**

Tipo Identificación:
1 ( ) Cédula 2 ( ) TIM 3 ( ) DIMEX 4 ( ) Pasaporte

Nº identificación:

Fecha de nacimiento:
Día:____ Mes:____ Año:_____

Edad:
_____ años

Sexo: 1 ( ) Hombre 2 ( ) Mujer

Nacionalidad:

Lugar de residencia:
Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Estado civil o conyugal:
1 ( ) Soltero (a) 3 ( ) Unión de hecho 5 ( ) Viudo(a)
2 ( ) Casado (a) 4 ( ) Divorciado(a) 6 ( ) Separado con pensión alimentaria

Nivel de escolaridad:
1 ( ) Primaria incompleta 4 ( ) Secundaria incompleta 7 ( ) Técnico 10 ( ) Ninguna
2 ( ) Primaria completa 5 ( ) Parauniversitaria completa 8 ( ) Universitaria completa
3 ( ) Secundaria completa 6 ( ) Parauniversitaria incompleta 9 ( ) Universitaria incompleta

Condición laboral actual:
1 ( ) Trabajo permanente asalariado 4 ( ) Desempleado(a) 7 ( ) Jubilado(a)
2 ( ) Trabajo por cuenta propia 5 ( ) Cesante 8 ( ) Ama de casa
3 ( ) Trabajo ocasional 6 ( ) Solo estudia 9 ( ) Ninguna

Ocupación u oficio:

Medio o lugar para notificaciones (indique el de su preferencia):
Teléfono: _____ Correo electrónico1: _____
Fax: _____ Correo electrónico 2: _____
Dirección exacta: _____

II PARTE: INGRESOS Y GASTOS

Ingreso bruto (sin rebajos): **Total ₡** _____

(Sumar todos los ingresos como salarios, pensión alimentaria, renta, alquiler, ayudas económicas y otros)

Gastos mensuales (indicar monto):

Concepto	**Monto en colones**
Alimentación	
Vivienda o alquiler	
Servicios públicos (*Electricidad, Agua, Gas, Teléfono, Celular, Internet, Cable)*	
Educación	

Concepto	**Monto en colones**
Pensión alimentaria	
Deudas	
Pólizas seguro	
Vehículo/combustible	
Otro indique:	

TOTAL	**₡**

Bienes y/o derechos inscritos en el Registro Público:
1 ( ) Casa o apartam. 3 ( ) Parcela 5 ( ) Quinta 7 ( ) Moto/cuadraciclo 9 ( ) Otro, indique: _____
2 ( ) Lote 4 ( ) Finca 6 ( ) Vehículo 8 ( ) Lancha 10 ( ) ninguno

Bienes y/o derechos NO inscritos en el Registro Público:
1 ( ) Patente 2 ( ) Taxi 3 ( ) Transporte público 4 ( ) Otro, indique: _____

III PARTE: DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA DIRECTA

Nombre completo:	**Primer apellido:**	**Segundo apellido:**	**Nº identificación:**

Parentesco o vínculo con el asegurado directo:			**Condición especial:**	**Estudiante mayor de 18 años:**
1 ( ) Cónyuge	3 ( ) Hijo o hijastro(a)	5 ( ) Hermano(a)	1 ( ) Discapacidad	1 ( ) Sí
2 ( ) Compañero(a)	4 ( ) Padre o madre		2 ( ) Cuidador	2 ( ) No

Conforme con la declaración jurada firmada con motivo de este trámite, reitero que los datos aquí aportados son veraces y por tanto pueden ser utilizados por la CCSS para actualizar la información aportada para efectos de aseguramiento

_____

Firma de la Persona Posible Beneficiaria Familiar
(O huella digital en caso de no poder firmar)

USO EXCLUSIVO DE LA CCSS

(*Para ser llenado por el funcionario de la CCSS* **)**

IV PARTE: ANALISIS DE LA SOLICITUD DE BENEFICIO FAMILIAR

Área de Salud :	**Sector (EBAIS):**
Nombre de funcionario que recibe la solicitud:	**Nombre del funcionario que resuelve:**
Total de Ingresos mensuales: ₡ _____	**Total de Gastos mensuales:** ₡ _____
Posee Ingresos económicos suficientes para optar por alguna modalidad de aseguramiento: ( ) Sí ( ) No	
Resolución de Beneficio Familiar: Aprobado ( ) Denegado ( )	**Fecha de resolución:**
Caso enviado para valoración a la D.C.E.I	**Fecha:**

Observaciones (Indicar sustento normativo)*:*

_____

Firma de quien resuelve