



PERÚ

Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estimulo de los Traajadores del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Surquillo, ____ de _____ del 202__

SOLICITUD DE APOYO DINERARIO REEMBOLSABLE

SR. MANUEL BARRETO NUÑEZ

Presidente del CAFAE INEN

Presente.-

Yo _____, identificado con DNI N° _____, con domicilio en _____, del Distrito de _____, Departamento de _____, Anexo _____ Correo electronico _____, celular _____ trabajador nombrado(a) del INEN, con el cargo de _____ del servicio de _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Por motivos de _____ según documentos adjuntos al presente, acudo al CAFAE INEN y solicito un Apoyo Dinerario Reembolsable de S/. _____ (_____ Soles), importe que pido se abone mediante transferencia al N° de cuenta _____, CCI N° _____ del banco: _____.

Asimismo, AUTORIZO para que se me descuente de la Planilla de HABERES, INCENTIVOS y/o Bonos del CAFAE INEN en _____ cuotas de S/. _____ cada una.

De renunciar o terminar el vínculo laboral con el INEN, AUTORIZO se me descuente de mi Liquidación de Beneficios Sociales.

Agradeciendo de antemano la atención a mi solicitud me despido de usted.

Atentamente,

FIRMA

Adjunto

- Copia de DNI
- 03 Ultimas Boletas de Pago de Incentivos y/o Haberes
- Documentación que sustente el motivo de la solicitud (gastos de salud o educación)
- Declaracion Jurada de Compromiso de Pago del Aval (de corresponder)
- Copia de DNI del Aval (de corresponder)
- Simulacion de Cuotas - CAFAE INEN
- Capacidad de Descuento - ORH

Autorizado por: