

SOLICITUD DE COBERTURA PARA INTERNACIÓN

Los datos informados revisten el carácter de Declaración Jurada. En caso que se constate la no veracidad de alguno el beneficio otorgado caducará inmediatamente sin derecho a reclamo alguno. Adjuntar Certificación Negativa, Constancia de Inscripción en Afip, Informe del BCRA de su CUIL/CUIL El presente formulario deberá ser enviado por mail a responsabilidadsocial@diquecito.com.ar

Datos Personales				
Apellido y nombres:				
DNI:		Nacionalidad:		Edad:
Fecha de nacimiento:		Estado Civil:		Sexo:
Domicilio:				
Ciudad / Provincia / País :			C Postal	
E-mail:			Teléfono	

Situación Familiar				
Nº Hijos:		Edades		
Colegio a los que concurren ?				
¿Tiene otros familiares a cargo?				

Situación Laboral				
Profesión – Oficios:				
Actividad Laboral marque con X	Permanente	Temporario	Eventual	
Número de CUIL o CUIT:			Ingresos mensuales	

Situación de Salud:				
Tiene alguna enfermedad Crónica?		Cual?		En tratamiento? SI NO
Cobertura Médica: Especificar	Obra Social	Mutual/prepaga		
	Otros. (Especificar):	No tiene cobertura médica:		
Tiene médico de cabecera?		Nombre/especialidad		
Estado de salud actual actual:	Peso:	Altura	BMI	TA
Antecedentes personales fisiológicos y patológicos. Medicación. Resuma su situación:				

Formación Académica				
Estudios realizados marque con X	Primario:	Secundario	Terciario/Universitario	Posgrado
Titulo				

Datos Vivienda donde reside <i>Marque lo que corresponda</i>				
<i>Marque lo que corresponda</i>	Es Propietario?	Alquila?	Es Prestada?	
Comodidades	Nº ambientes=	m2=	Cuántos residen en el inmueble?	
Posee otras propiedades?	Detalle (cuantas?/uso?)			
¿Cuenta con	Agua de red	Luz	Internet	Gas natural

Datos Complementarios				
Es beneficiario de un plan social?		Cual?		
¿Percibe algún otro ingreso?		Detalle:		
Posee movilidad? moto, auto, camioneta, etc		Detalle cantidad tipo y marca		
Posee cuenta bancaria? Marque con X	Cuenta sueldo	Caja de Ahorro	Cuenta corriente	
¿Posee Tarjeta de Crédito?		Cual? Limite de la misma		

Referido a la BECA	Motivo
Presupuesto que dispone para su tratamiento :	