

La Ley de Asociaciones Cooperativas en su artículo N° 83 establece como imperativo para la cooperativa que de su Reserva de Bienestar Social se destinará para los asociados y sus familiares en primer grado de consanguinidad y en el caso de afinidad para el conyugue, ayuda económica y programas de asistencia social.

Así mismo el Estatuto Social de Coopebanpo R.L., faculta al Comité de Educación y Bienestar Social (CEBS) a gestionar la Reserva de Bienestar Social.

Además, con el propósito de atender lo dispuesto en el Acuerdo 01 de la Sesión 1849-2021 del Consejo de Administración, que indica:

Una vez analizada y discutida, se aprueba la Política de Uso de la Reserva de Bienestar Social que será gestionada por el Comité de Educación y Bienestar Social a partir 01 de setiembre de 2021. Dicha Política cuenta con el análisis y revisión previa tanto del Comité de Educación y Bienestar Social como del Área Legal de Coopebanpo R.L., para su correcta aplicación en concordancia con la normativa tanto interna como externa vigente.

Para acceder a las ayudas económicas de la Reserva de Bienestar Social de Coopebanpo R.L., se debe cumplir con los siguientes requisitos e instrucciones:

1. Ser un asociado activo y estar al día en todas las responsabilidades económicas que mantenga con Coopebanpo R.L.
2. Completar y firmar la Declaración Jurada adjunta.
3. Copia del documento de identidad.
4. Constancia de Salario.
5. Orden patronal o cualquier otro documento que demuestre sus ingresos.
6. Todo documento presentado debe tener máximo una vigencia de 30 días.
7. **Documentos que respalden la solicitud de gastos médicos, debe de presentar tales como:**
 - Epicrisis, exámenes médicos, resonancias, ultrasonidos, recetas médicas, referencias, entre otros, que justifiquen la necesidad de atención médica con urgencia e inmediatez como respaldo sobre las enfermedades diagnosticadas y/o procedimiento que no otorgue la Caja Costarricense de Seguro Social o que su atención médica no sea inmediata u oportuna por parte de esta.
8. **Documentos que respalden la solicitud desastres naturales se debe presentar:**
 - Reportes o declaratoria de emergencia de la Comisión Nacional de Emergencia, en los casos de desastres naturales.
 - Presentación de reclamos ante las empresas de servicios públicos por afectaciones eléctricas en el caso de rayos, tormentas, circuitos u otros.
 - Presentación de denuncia ante los organismos correspondientes tales como: Poder Judicial, Bomberos, Fuerza Pública, Aseguradoras en caso de rechazo de la aplicación de la póliza, entre otros.
 - Presentación de imágenes, videos y demás elementos probatorios que respalden la solicitud.
9. **Documentos que respalden la solicitud de actividades deportivas:**
 - Esta línea ha sido contemplada para ser utilizada en beneficio común de toda la base asociativa, por lo que la organización de actividades depende exclusivamente del Comité de Educación y Bienestar Social en cuanto a su naturaleza para fortalecer el tema de bienestar social, enmarcadas en las diferentes categorías deportivas y culturales.
10. **Documentos que respalden la solicitud desarrollo de habilidades y competencias para la base asociativa.**
 - Esta línea no cubrirá solicitudes de índoles personales o individuales, si no únicamente actividades grupales o



Instrucciones para el llenado de la Declaración Jurada y del Formulario de solicitud de ayuda económica de la Reserva de Bienestar Social de Coopebanpo R.L.

1. Complete la información solicitada en el documento.
2. Utilice bolígrafo azul o negro para el llenado del documento o bien se puede hacer de manera digital.
3. La letra debe ser legible.
4. Asegúrese de firmar el documento en físico o de manera digital.
5. Si firma el documento de manera física, debe de escanear el documento.
6. Enviar la Declaración Jurada y el Formulario de Solicitud de Ayuda Económica de la Reserva de Bienestar Social de Coopebanpo R.L., con los demás documentos al correo:

Comiteeducacion@coopebanpo.fi.cr

**Atentamente:
COMITÉ DE EDUCACIÓN Y BIENESTAR SOCIAL DE COOPEBANPO R.L.**



DECLARACION JURARA PARA LA SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA DE LA RESERVA DE BIENESTAR SOCIAL DE COOPEBANPO R.L.

"El/la asociado/a _____, con número de identidad _____;
vecino/a de la provincia de _____, Cantón _____, Distrito _____
solicito formalmente la ayuda de la Reserva de Bienestar Social de Coopebanpo R.L.

Declaro bajo fe de juramento que la información brindada en este formulario es verdadera, por lo que asumo las responsabilidades y consecuencias administrativas y penales que correspondan en caso de falsedad, inexactitud, u omisión. En caso de que la persona no aporte información verdadera se expone a la pérdida del beneficio, la apertura de un proceso penal por perjurio y falso testimonio (artículos 318 y 323 de la Código Penal), y el establecimiento de un proceso de cobro administrativo en caso de aquellos recursos obtenidos como consecuencia de inducir a la administración a error con la información falsa declarada bajo juramento o el aporte de cualquier documentación falsa para tal fin.

Firma: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA DE LA RESERVA DE BIENESTAR SOCIAL DE COOPEBANPO R.L.

Describo a continuación la información requerida para la valoración de mi caso:

DATOS PERSONALES																																							
1. Nombre completo de la persona quien solicita la ayuda:																																							
Primer Nombre					Segundo Nombre																																		
Primer Apellido					Segundo Apellido																																		
2. Número de identificación																																							
Nota: Agregar el número como aparece en la cédula o el documento que aporta																																							
3. Nacionalidad/ Ingresos																																							
Nacionalidad/ Ingreso: <i>(Marque con X)</i>					<input type="checkbox"/> Residente		<input type="checkbox"/> Ingreso Bruto _____																																
					<input type="checkbox"/> Extranjero		<input type="checkbox"/> Ingreso Líquido _____																																
					<input type="checkbox"/> Nacional																																		
4. Fecha de nacimiento		Día			Mes			Año																															
5. Estado civil.																																							
			<input type="checkbox"/> Soltero (a)		<input type="checkbox"/> Casado (a)		<input type="checkbox"/> Divorciado (a)																																
			<input type="checkbox"/> Viudo (a)		<input type="checkbox"/> Unión Libre																																		
6. Sexo (Marque con X)																																							
			<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Otro																																
7. Teléfono					<table border="1"> <tr> <td>Habitación</td> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Celular</td> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					Habitación			-			-				Celular			-			-				Otro			-			-			
Habitación			-			-																																	
Celular			-			-																																	
Otro			-			-																																	
Indique de dónde es o a quién pertenece																																							

9. Correo electrónico																																							

LUGAR DE RESIDENCIA

1. País

2. Provincia

3. Cantón

4. Distrito

4. Dirección exacta

EN ESTE ESPACIO SE DETALLA LA JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA DE LA RESERVA DE BIENESTAR SOCIAL:



DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

1. En los siguientes cuadros favor mantener el mismo orden del núcleo familiar en que se anotan en este primer cuadro

No.	Nombre completo	Identificación	Parentesco
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

EDUCACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

No.	Nombre completo	Sexo	Edad	Estudia (Si-No)	Último nivel cursado
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					



EN ESTE ESPACIO EXPLIQUE INFORMACIÓN ADICIONAL DEL GRUPO FAMILIAR (desempleo, discapacidad, padecimientos severos de alguna de las personas del grupo familiar, pensión alimenticia, pensión por invalidez o muerte, pensión por jubilación, condición de las personas adultas mayores, entre otras)

INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

1. Favor ingresar únicamente la información de las personas que trabajan.

No.	Nombre completo	Ocupación	Lugar de trabajo	Ingreso bruto/liquido
1				₡ 00/00
2				₡
3				₡
4				₡
5				₡

2. Indique si recibe ayuda económica (*Marque con X y complete los espacios*):

1	<input type="checkbox"/>	IMAS	Económica	₡
2	<input type="checkbox"/>	PANI	Económica	₡
3	<input type="checkbox"/>	COOPEBANPO	Económica	₡
4	<input type="checkbox"/>	PENSION ALIMENTARIA	Económica	₡
5	<input type="checkbox"/>	OTRO	Económica	₡

Indique el tipo de ayuda que recibe (de familiares, vecinos, iglesias, entre otros):



CONDICIONES HABITACIONALES

1. Indique en qué tipo de vivienda reside su grupo familiar.
(Marque con X)

Propia

Prestada

Alquilada

Familiar

2. Anote el monto del alquiler o la mensualidad que paga de hipoteca:

Alquiler

Mensualidad

₡

_____ Se encuentra

Al día

Atrasado

Hipoteca

Mensualidad

₡

_____ Se encuentra

Al día

Atrasado

DOCUMENTOS ADJUNTOS A ESTA INFORMACIÓN:

Se debe de adjuntar a este formulario:

1. Copia del documento de identidad.
2. Constancia salarial del solicitante y núcleo familiar.
3. Documentos que justifiquen la solicitud.
4. En caso de que la ayuda solicitada sea para atender servicios que no otorgue la C.C.S.S. debe de presentarse dictamen médico en el que se demuestre la necesidad de la ayuda.

Firmo el día

del mes

Del año

2022

Nombre

Firma

