



Cooperativa de Ahorro y Crédito de la  
Asociación de Maestros de Puerto Rico  
PO Box 192770, San Juan, PR 00919-2770  
Teléfono: 787 754-7895 Fax: 787 250-8762

## FONDO DE BIENESTAR SOCIAL EDUCOOP

### SOLICITUD DE SERVICIOS

Por concepto de: (marque al correspondiente)

Enfermedad       Accidente       Desastre

**Importante:** Toda solicitud debe venir acompañada: Ingresos, facturas de gastos médicos, referidos de médico recientes, presentar cualquier otra evidencia necesaria para facilitar la evaluación del caso.

\_\_\_\_\_  
Apellidos Paterno / Apellido Materno / Nombre      # de AMPR      # de Socio EDUCOOP

\_\_\_\_\_  
Años de socio      # Dependientes      Distrito Cooperativo

\_\_\_\_\_  
Dirección Postal      Fecha nacimiento

\_\_\_\_\_  
Teléfono Res.      Teléfono Trabajo      Celular      Lugar de trabajo

Casado       Soltero       Viudo       ¿Es usted veterano? Si  No

¿Es usted ciudadano de los EU? Si  No       ¿Es usted retirado? Si  No

¿Tiene préstamos en la Cooperativa? Si  No

¿Tiene préstamos en otra Institución? Si  No       Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Institución      Cantidad      Nombre Institución      Cantidad

Fecha del último cheque recibido por concepto de trabajo: \_\_\_\_\_  
(Incluya copia del cheque o talonario por concepto de empleo o retiro)

¿Ha sido usted convicto alguna vez de cualquier violación a las leyes de Puerto Rico, Estados Unidos o cualquier país, que no sea infracción menor a leyes de tránsito?

Si       No

Planes médicos a que pertenece actualmente: \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

Ayudas o compensaciones que esta recibiendo actualmente:

Seguro Social \_\_\_\_\_ Veteranos \_\_\_\_\_ ACAA \_\_\_\_\_ Retiro \_\_\_\_\_

Bienes que posee: Residencia \_\_\_\_\_ Finca \_\_\_\_\_  
Pueblo Lugar

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

1. Sobre enfermedad

---

---

---

---

---

2. Sobre accidentes de carácter grave

---

---

---

---

3. Sobre pérdidas debido a desastres naturales

---

---

---

---

**\*Traer evidencia de cada caso en particular.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
solicitante que llena la  
solicitud

**Nota: Solicitud que no esté acompañada con los documentos requeridos, no será aprobada.**