

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO FATES

PREENCHA OS DADOS ABAIXO COM TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:

Nome completo :

CPF :

Empresa :

Departamento :

Telefone : E-Mail :

Estatu Civil : Solteiro Casado Separado Divorciado União Estável

QUAL BENEFÍCIO OFERECIDO PELA COOPERATIVA VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO?

Aparelho Auditivo Bilateral Unilateral Prótese Ortopédica Auxílio Médico Auxílio Reconstruir

POR QUAL MOTIVO PROCURA POR ESTE BENEFÍCIO?

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Para quem será solicitado o benefício? Cooperado Pai Mãe Cônjuge Filho

Você tem filhos? Sim Quantos? Não

Quantas pessoas moram com você?

Qual a renda familiar? Até R\$ 3.000,00 De R\$ 3.001,00 à R\$ 5.000,00 Acima de R\$ 5.001,00

Você reside em imóvel Próprio Alugado

CASO A SUA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO SEJA:

Auxílio Médico: Houve negativa do convênio sobre a solicitação descrita? Sim Não

Solicitei com o convênio Não tem convênio

Auxílio Reconstruir: Relate como você foi afetado

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO FATES

USE O ESPAÇO ABAIXO PARA INCLUIR INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR QUE JULGUE NECESSÁRIA

Caso aprovada a solicitação, o pagamento será realizado diretamente na conta corrente cadastrada na base da CooperJohnson. Importante que os seus dados estejam atualizados na cooperativa para a conclusão do processo. A atualização dos dados é de responsabilidade do cooperado solicitante.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- Declaro para os devidos fins que preencho todos os requisitos para o recebimento da concessão de benefício pelo FATES (Fundo de Assistência Técnica Educacional e Social) e que estou ciente de que aceitar e declarar as afirmações e informações acima, estou sujeita análise de veracidade das informações, que possam assegurar a CooperJohnson de que sou carecedor do seu auxílio, sendo que eventuais inverdades poderão implicar em sanções cíveis e até mesmo criminais.
- Declaro para os devidos fins que as informações acima correspondem com a verdade, no mesmo ato autorizo que a cooperativa utilize referidas informações para atualização cadastral (tratamento de dados) e estou ciente que os dados acima mencionados poderão ser utilizados para oferecimento de recursos, programas desenvolvidos pela Cooperativa e/ou seus parceiros (compartilhados com terceiros) desde que atingida as finalidades estatutárias, organizacionais e em conformidade com o termo de consentimento por mim declarado.
- Autorizo a CooperJohnson entrar em contato com a minha liderança direta caso seja necessário confirmar o relato por mim descrito neste documento para solicitação do Auxílio Reconstruir.

Cidade:

Data:

ÁREA PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA COOPERJOHNSON

Salário do cooperado: R\$

Tempo de Cooperativa: de 1 a 3 anos de 4 a 6 anos 7 anos ou mais

Valor do Reembolso: R\$ Percentual do Reembolso: %

OBSERVAÇÃO:

APROVADO:

REPROVADO:

Data do pagamento

Data da solicitação

ATENDENTE:

COORDENAÇÃO:

COMITÊ DE CRISE:

