
**Espacio para evaluación y aprobación o des-aprobación del
Comité de Ayuda:**

Tiempo de afiliación del Asociado : _____
Tiempo de laborar del Colaborador : _____

Tipos de Ayuda	Monto máximo x mes	Tiempo máximo	Ayuda Aprobada (Marcar con "x")
Pago de Recibos de Agua o Electricidad	¢ 25,000	3 meses	
Compra de medicamentos	¢ 50,000	3 meses	
Realización de exámenes	¢ 50,000	Una sola vez	
Comestible	¢25,000	3 meses	
Equipo o accesorios	¢50,000	Una sola vez	

Nota: estas ayudas aprobadas deberán quedar soportadas con
documentos de acuerdo a lo establecido en el Reglamento del Fondo.

En caso de denegar la solicitud de ayuda, se indica las razones:

Firman por el Comité:

Presidente Asoirex

Vocal 1 Asoirex

Fiscal Asoirex

Administrador Asoirex

Médico Grupo Irex
