

**CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS
DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E.**

OBREGÓN 62 COL. CENTRO CP 83000 HERMOSILLO, SONORA
TELÉFONO (01 662) 259 99 00 www.snte54.com.mx



SOLICITUD DE APOYO PROGRAMA GASTOS FUNERARIOS

NOMBRE COMPLETO: _____ N° DE PENSIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

APOYO GASTOS FUNERARIOS: CÓNYUGE HIJOS PADRE MADRE

DOCUMENTOS ANEXOS:

| | | |
|---|---|---|
| ÚLTIMO TALÓN DE CHEQUE <input type="checkbox"/> | ACTA DEFUNCIÓN ó <input type="checkbox"/> | COMPROBANTE PARENTESCO (<i>según sea el caso</i>) |
| FACTURA FUNERARIA <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO DE MUERTE FETAL | CÓNYUGE (ACTA MATRIMONIO) <input type="checkbox"/> |
| IDENTIFICACIÓN SOCIO <input type="checkbox"/> | | HIJOS (ACTA NACIMIENTO HIJO) <input type="checkbox"/> |
| | | PADRES (ACTA NACIMIENTO SOCIO) <input type="checkbox"/> |

DATOS DEL APOYO:

CHEQUE A NOMBRE DE: _____

IMPORTE DEL APOYO _____

PAGO: FUNERARIA SOCIO (REPOSICIÓN DE GASTO)

HERMOSILLO, SONORA. A _____ DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA SOCIO

DIRECTOR FONDO SINDICAL MUTUALISTA

COORDINADOR PROGRAMA GASTOS FUNERARIOS

(NOMBRE Y FIRMA)

(NOMBRE Y FIRMA)