

## **SOLICITUD PARA LA “CUOTA DE AYUDA”**

**SE OTORGA A FAMILIARES DE DERECHOHABIENTES QUE MUEREN ESTANDO EN SERVICIO ACTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 69 DE LA LEY DE PENSIONES CIVILES DEL EDO.**

**1.-NOMBRE DEL TRABAJADOR** \_\_\_\_\_

**2.-DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**3.- ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**4.-NOMBRAMIENTO:** \_\_\_\_\_

**5.- DEPENDENCIA EN DONDE TRABAJO:** \_\_\_\_\_

**6.-NOMBRE DEL FAMILIAR:** \_\_\_\_\_

**7.- PARENTESCO:** \_\_\_\_\_

**8.- DOMICILIO ACTUAL:** \_\_\_\_\_

**9 .- TELEFONO:** \_\_\_\_\_

### **REQUISITOS:**

- A).- 1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION SI ( ) NO ( )
- B).- 1 COPIA DEL ULTIMO TALON DE CHEQUE DEL TRABAJADOR SI ( ) NO ( )
- C).- 1 COPIA DEL OFICIO DE BAJA, EXPEDIDO POR LA DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS. SI ( ) NO ( )
- D).- 1 COPIAS DEL ACTA DE MATRIMONIO (según el caso ) SI ( ) NO ( )
- E).- 1 COPIA DE LAS IDENTIFICACIONES DE LA PERSONA QUE COBRA. SI ( ) NO ( )
- F).- 1 COPIA DE LA CLAVE INTERBANCARIA PARA TRANSFERENCIA SI ( ) NO ( )

**NOTA: TRAER COPIA DE LA CEDULA DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS EN CASO DE CONTAR CON ELLA**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

Morelia, Mich., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_