**Sindicato Único de Empleados**



*Comité Ejecutivo 2021-2024*

**del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora**

SOLICITUD DE AYUDA DE FUNERAL A PADRES *DIC 2021*

# LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUM. CONTROL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ JUBILADOS Y PENSIONADOS, ANOTAR NÚMERO DE PENSIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELULAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ADSCRIPCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO Y/O ÁREA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR MEDIO DE LA PRESENTE, SOLICITO EL PAGO POR CONCEPTO DE **AYUDA PARA GASTOS FUNERARIOS POR FALLECIMIENTO DE PADRES DE TRABAJADORES ACTIVOS, JUBILADOS Y PENSIONADOS AFILIADOS A SUEISSSTESON,** AL CUAL ESTOY AFILIADO.

LO ANTERIOR EN VIRTUD DEL FALLECIMIENTO DE MI:

**PADRE** DE NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MADRE** DE NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EL PAGO SERA:

TRANSFERENCIA A LA CUENTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHEQUE A MI NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASÍ MISMO, MANIFIESTO QUE AUTORIZO AL SUEISSSTESON PARA QUE CONTINÚE DESCONTANDO LAS APORTACIONES DESTINADAS PARA ESTE FIN, ACEPTANDO LOS TERMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDAD EN EL REGLAMENTO DE ESTE PROGRAMA.

PRESENTANDO Y ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

ORIGINAL Y COPIA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN DEL PADRE FALLECIDO.

ORIGINAL Y COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR, QUE ACREDITE EL PARENTESCO DIRECTO CON EL FALLECIDO.

IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA VIGENTE DEL TRABAJADOR O CREDENCIAL DE AFILIACIÓN AL SUEISSSTESON.

IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL PADRE FALLECIDO.

ATENTAMENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TRABAJADOR

**JOSE MARIA MENDOZA Y ARIZONA ESQUINA. TELS. 2162352, 2105308 Y 2508556 HERMOSILLO, SONORA, MEX.**