

**Formulario número 12: Solicitud de Readecuación del Monto del**  
**Rebajo por Deuda de Incapacidades**

Nombre de solicitante: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección exacta: \_\_\_\_\_

Teléfonos. Celular: \_\_\_\_\_ Habitación: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Fax para notificaciones: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sírvase anotar un monto mensual razonable, para que le rebajen por concepto de incapacidad.

Queda sujeto a la aprobación del Departamento de Control de Pagos.

---

---

---

---

---

**Nota:** Adjuntar fotocopia de cédula de identidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de Recibido

\_\_\_\_\_  
Fecha de Recibido

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante