

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