



## **DOCUMENTOS PARA DONACION 2015**

### **DE MEDICAMENTOS**

1. SOLICITUD FIRMADA POR UN FAMILIAR O EL BENEFICIARIO/A DIRIGIDA A LA LICENCIADA MIREYA VELEZ, PRESIDENTA DE ACCION SOCIAL MUNICIPAL SOCIAL MUNICIPAL EXPLICANDO EL CASO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA AYUDA.
2. COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO Y/O DEL REPRESENTANTE (FAMILIAR)
3. COPIA DEL CARNET DEL CONADIS (EN CASO DE POSEERLO)
4. RECETA MEDICA ORIGINAL DEBIDAMENTE LLENADA CON FECHA ACTUAL Y FIRMADA POR EL MEDICO
5. CERTIFICADO MEDICO ORIGINAL CON FECHA ACTUAL Y FIRMADA POR EL MEDICO
6. INFORME SOCIO ECONOMICO ELABORADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL DE LA INSTITUCION EN DONDE HACE ATENDER
7. CERTIFICADO DE NO APORTAR AL SEGURO SOCIAL - IESS

### **DE AYUDAS TÉCNICAS/INSUMOS MÉDICOS/EXÀMENES DE DIAGNÒSTICO**

1. SOLICITUD FIRMADA POR UN FAMILIAR O EL BENEFICIARIO/A DIRIGIDA A LA LICENCIADA MIREYA VELEZ, PRESIDENTA DE ACCION SOCIAL MUNICIPAL SOCIAL MUNICIPAL EXPLICANDO EL CASO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA AYUDA.
2. COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO Y/O DEL REPRESENTANTE (FAMILIAR)
3. COPIA DEL CARNET DEL CONADIS (EN CASO DE POSEERLO)
4. REQUERIMIENTO DEL INSUMO/MATERIAL DE PARTE DEL MEDICO ORIGINAL DEBIDAMENTE LLENADA CON FECHA ACTUAL Y FIRMADA POR EL MEDICO
5. PROFORMA ORIGINAL DEL COSTO DEL INSUMO/MATERIAL REQUERIDO
6. CERTIFICADO MEDICO ORIGINAL CON FECHA ACTUAL Y FIRMADA POR EL MÈDICO
7. INFORME SOCIO ECONOMICO ELABORADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL DE LA INSTITUCION EN DONDE HACE ATENDER
8. CERTIFICADO DE NO APORTAR AL SEGURO SOCIAL - IESS

### **APOYO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

1. SOLICITUD FIRMADA POR UN FAMILIAR O EL BENEFICIARIO/A DIRIGIDA A LA LICENCIADA MIREYA VELEZ, PRESIDENTA DE ACCION SOCIAL MUNICIPAL SOCIAL MUNICIPAL EXPLICANDO EL CASO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA AYUDA, INCLUIR DIRECCION Y TELEFONO DE CONTACTO
2. COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO Y/O DEL REPRESENTANTE (FAMILIAR)
3. COPIA DEL CARNET DEL CONADIS (EN CASO DE POSEERLO)
4. CERTIFICADO MEDICO ORIGINAL CON FECHA ACTUAL Y FIRMADA POR EL MEDICO DEL DIAGNOSTICO O LA INTERVENCION QUIRURGICA QUE REQUIERE
5. INFORME SOCIO ECONOMICO ELABORADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL DE LA INSTITUCION EN DONDE HACE ATENDER
6. CERTIFICADO DE NO APORTAR AL SEGURO SOCIAL - IESS

## **APOYO DE SERVICIOS EXEQUIALES**

1. SOLICITUD FIRMADA POR UN FAMILIAR O EL BENEFICIARIO/A
2. DIRIGIDA A LA LICENCIADA MIREYA VELEZ, PRESIDENTA DE ACCION SOCIAL MUNICIPAL EXPLICANDO EL CASO DEE LA PERSONA QUE REQUIERE LA AYUDA, INCLUIR DIRECCION Y TELEFONO DE CONTACTO.
3. COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO Y/O DEL REPRESENTANTE (FAMILIAR)
4. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEBIDAMENTE FIRMADO Y SELLADO CON LA AUTORIDAD COMPETENTE
5. INFORME SOCIO ECONOMICO ELABORADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL EN DONDE EL BENEFICIARIO/A TENÍA SU HISTORIA CLINICA
6. CERTIFICADO DE NO APORTAR AL SEGURO SOCIAL – IESS.