



**SUB COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO
 DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ**
 Av. 28 de julio s/n con Av. Horacio Urteaga – Jesús María
 Correo Electrónico: subcafaemindeffap@gmail.com
 Celular 942048081

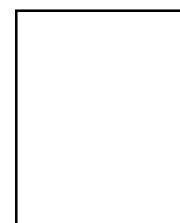
Solicitud N° _____
Fecha: ____ / ____ / ____

FICHA DE ASISTENCIA ECONÓMICA REEMBOLSABLE

DATOS DEL SOLICITANTE

UNIDAD	GRADO	NSA	APELLIDOS Y NOMBRES		
DNI		EDAD	FECHA NACIMIENTO	FECHA INGRESO FAP	TIEMPO DE SERVICIOS
TELÉFONO CASA	CELULAR		DIRECCIÓN DOMICILIARIA		
DISTRITO		PROVINCIA		DEPARTAMENTO	
MONTO SOLICITADO		Nº CUOTAS	Nº DE CUENTA BANCO DE LA NACIÓN		

FIRMA DEL BENEFICIARIO



HUELLA DIGITAL

- ACUERDO DE APROBACIÓN DE LA ASISTENCIA ECONÓMICA REEMBOLSABLE DEL SUB COMITÉ, POR EL IMPORTE Y CONDICIONES SIGUIENTES:

SESIÓN	FECHA	APROBADO	DENEGADO
MONTO APROBADO		PERÍODO DE PAGO	DESCUENTO MENSUAL

AUTORIZADO				DIA	MES	AÑO
	PRESIDENTE	CONTADOR	TESORERO	PROGRAMADO		



SUB COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ
Av. 28 de julio s/n con Av. Horacio Urteaga – Jesús María
Correo Electrónico: subcafaemindeffap@gmail.com
Celular 942048081

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO MENSUAL IRREVOCABLE

Señor
PRESIDENTE DEL SUB CAFAE FAP
Presente.-

De mi consideración:

Yo, E.C FAP
identificado(a) con DNI. N° NSA, con domicilio real,
sito en Distrito
Provincia Departamento
Beneficiario del Fondo de Asistencia y Estímulo (FAE), de la UU.DD
....., Grado Teléfono Celular
y Teléfono casa E-mail ;
AUTORIZO en forma expresa al **SUB COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO
DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO DE LA FAP**, a descontar de mi asignación como
“Incentivo Único” mensual, la cuota que corresponda, a fin de amortizar y/o cancelar
el pago de la asistencia económica reembolsable que he recibido del SUB CAFAE -
FAP.

En caso de Cese, Renuncia voluntaria, Licencia sin goce de haber, enfermedad o
cualquiera otra causal de extinción o suspensión del vínculo laboral, el monto de la
asistencia económica o su saldo será cancelado con cualquier otro ingreso que
perciba; por lo cual, **AUTORIZO** a que se me efectúe el descuento de mis haberes
y/o otros ingresos.

El compromiso antes asumido es de carácter irrevocable y en señal de conformidad
firmo la presente.

(Ciudad), _____ (Fecha)

Firma del Beneficiario



HUELLA DIGITAL



SUB COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO
DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ
Av. 28 de julio s/n con Av. Horacio Urteaga – Jesús María
Correo Electrónico: subcafaemindeffap@gmail.com
Celular 942048081

Solicito: Asistencia Económica Reembolsable

SEÑOR PRESIDENTE DEL SUB CAFAE FAP

S.P.

Yo, E.C identificado con DNI N.º y NSA, domiciliado en Distrito de Provincia Departamento, actualmente laborando en en el cargo de, con años de servicios, ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, amparado en el Reglamento Interno del SUB CAFAE MINDEF-FAP del 27-10-2011 mediante el cual se norma el otorgamiento de Asistencias, recurro a su digno despacho a fin de solicitar se sirva disponer a quien corresponda, se me otorgue una Asistencia Económica Reembolsable, por motivos de:

- Tratamientos médicos y Oncológicos
- Capacitación y Perfeccionamiento
- Otros Asuntos Personales

Para tal efecto, cumplo con adjuntar la documentación que se detalla a continuación:

- 1.- Ficha de Asistencia Económica Reembolsable
- 2.- Autorización de descuento irrevocable
- 3.- Copia fotostática del DNI
- 4.- Copia fotostática del Carnet de Trabajo
- 5.- Copia fotostática de Boleta de pago de haberes

Por lo expuesto:

Mucho agradeceré a Ud. Sr. Presidente del SUB CAFAE FAP, atender mi solicitud, es gracia que espero alcanzar.

_____, _____
(Ciudad) (Fecha)



HUELLA DIGITAL

Firma del Beneficiario