



**SOLICITUD DE CUPO
CBA SAN BERNARDO**

**CODIGO: F-97
VERSIÓN: 07
FECHA: 2018-04-02
Página 1 de 3**

Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Nombre del adulto mayor _____

Cédula No. _____ Edad: _____ Teléfono donde vive: _____

Dirección donde vive: _____

Barrio _____

ENFERMEDADES QUE SUFRE	TRATAMIENTO (MEDICAMENTOS)

Camina solo(a): Si ___ No ___ Tiene pensión Si ___ No ___
Se viste solo(a) Si ___ No ___ Es beneficiario de algún subsidio: Si ___ No ___
Se baña solo(a): Si ___ No ___ Cual?: _____
Come solo(a): Si ___ No ___
Trastorno Psiquiátrico: Si ___ No ___ Cuál? _____

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA EL CUPO: _____

NOMBRE ACUDIENTES	TELEFONO	PARENTESCO

TELEFONOS DONDE CONTACTARLO(A): _____

Quando entregue esta solicitud recuerde anexar los siguientes documentos:

Verificación

Fotocopia de la cedula
Fotocopia de una cuenta de los servicios públicos reciente de la vivienda donde se encuentra el adulto mayor
Fotocopia de certificado de afiliación a salud (Régimen subsidiado ó contributivo)
Fotocopia de fórmula médica actual (no superior a 3 meses)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>



**SOLICITUD DE CUPO
CBA SAN BERNARDO**

**CODIGO: F-97
VERSIÓN: 07
FECHA: 2018-04-02
Página 2 de 3**

Copia de historia clínica	<input type="text"/>
Certificado de no poseer vivienda propia de la Gobernación de Antioquia	<input type="text"/>
Certificado de no poseer vivienda propia del municipio de residencia	<input type="text"/>
Certificado de afiliación a servicio exequial	<input type="text"/>

NOTA IMPORTANTE: Recuerde que la información suministrada debe ser veraz, si esta solicitud es aprobada usted será llamada para verificación del perfil en orden de llegada de las solicitudes.

(Espacio solo para ser diligenciado por Fundarias)

ESTADO DE LA SOLICITUD

Aceptada _____ Rechazada _____

Si es aceptada, fecha visita domiciliaria: _____

Si es rechazada:

Motivo de rechazo: _____

Nombre de la persona a quien se le avisa: _____

Fecha de aviso: _____

Responsable de avisar: _____

Nombre y cargo

Observaciones por Coordinadora de Programas Sociales



**SOLICITUD DE CUPO
CBA SAN BERNARDO**

**CODIGO: F-97
VERSIÓN: 07
FECHA: 2018-04-02
Página 3 de 3**

SEGUIMIENTO AL PROCESO DE PRE-INGRESO

FECHA	SEGUIMIENTO	FIRMA Y CARGO