

FONDO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS
FORMULARIO DE SOLICITUD DE FONDOS

Enviar la solicitud por correo electrónico a diana.ramirez@funides.com
Solicitar información a los teléfonos 2270 6490 ext. 22 o al celular 8240 7472.

1. Datos personales de la víctima

Nombre: _____
Edad: _____
Cédula de identidad: _____
Ciudad de Residencia: _____
Sexo: _____
Celular o teléfono de contacto: _____

2. Presentación de la solicitud al Fondo de Apoyo a Víctimas

Persona que presenta la solicitud: _____
Relación con la víctima: _____
Celular o teléfono de contacto: _____
<u>Presenta la solicitud a través de:</u> <i>(marque con x la opción que corresponde)</i>
1. Centro médico _____ 2. Organización civil _____ 3. Título personal _____
Favor especificar el Centro Médico o la Organización a la que representa: _____

3. Solicitud realizada al Fondo de Apoyo a Víctimas *(marque con x la opción solicitada)*

1. Pago de gastos hospitalarios	_____
2. Compra de medicamentos	_____
3. Apoyo en gastos fúnebres	_____
4. Apoyo económico a familiares de fallecidos	_____

4. Historial de violencia

1. Tipo de hecho violento: (*herida por arma blanca, arma de fuego, otro*)

2. Lugar de ocurrencia de violencia:

3. La víctima ha recibido atención médica: Si _____ No _____

4. Si recibió atención médica, indicar el centro médico (*hospitales, clínicas, consulta privada*)

4. Cuenta con diagnóstico médico: Si _____ No _____

(*si cuenta con epicrisis hospitalaria o resumen médico favor presentar adjunto a este formulario*)

5. **Gastos Hospitalarios** (*si la víctima se encuentra hospitalizada o requiere hospitalización*)

1. Centro Médico (Hospitales y clínicas nacionales) en el que se encuentra ingresada la víctima | Centro Médico en cual la víctima será hospitalizada:

2. Médico tratante y datos de contacto:

3. Procedimientos médicos realizados -a realizarse- en el centro médico:

4. Monto de los procedimientos médicos realizados -a realizarse-:

5. Porcentaje y monto de cobertura de gastos hospitalarios solicitados al Fondo:

6. Compra de medicamentos

1. Centro Médico en el que se encuentra ingresada la víctima:

2. Médico tratante y datos de contacto:

3. Procedimientos médicos realizados en el hospital:

4. Medicamentos solicitados bajo receta médica:

5. Medicamentos solicitados al fondo:

6. Monto de los medicamentos sometidos al Fondo:

7. Porcentaje de cobertura y monto de gastos medicamentos solicitados al Fondo:

7. Cobertura de gastos fúnebres (aplicable solo a reembolsos)

1. Fecha de defunción: _____

2. Constancia de defunción: Si _____ No _____

(si cuenta con constancia de defunción favor presentar el documento adjunto a este formulario)

3. Presenta factura comercial de funeraria: Si _____ No _____

(si cuenta con constancia de defunción favor presentar el documento adjunto a este formulario)

4. Monto del reembolso solicitado al Fondo: _____

5. Persona a la que será reembolsado el Fondo y parentesco con la víctima fallecida:

8. Asistencia económica a familiares

1. Fecha de defunción de la víctima:

2. Constancia de defunción: Si _____ No _____

(si cuenta con constancia de defunción favor presentar el documento adjunto a este formulario)

3. Nombre de la persona que recibirá la asistencia económica y cédula de identidad:

4. Datos de contacto de la persona beneficiaria –teléfono, dirección, ciudad-

5. Grado de parentesco de la persona beneficiaria con la víctima fallecida:
