



MUTUALIDAD CFIA  
TRANSFORMAMOS VIDAS

# INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 1 de 4	Fecha de aprobación: Enero 2023	 Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 1	Fecha de última revisión: Mayo 2023	

FECHA  |  |

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO FAVOR LEER EL DOCUMENTO: MCFIA-SSI-SSE- POL-06 POLÍTICA DEL SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL).

## • INDIQUE EL MOTIVO DE LA SOLICITUD :

## 1. DATOS GENERALES LA PERSONA COLEGIADA

Nombre del colegiado(a)

N° de identificación

Carné

### CONDICIÓN LABORAL

Asalariado

Ejercicio Liberal de Profesión

Pensionado

Otro

### INGRESO MENSUAL FAMILIAR:

Ingreso Bruto Familiar

Ingreso Neto Familiar

Beneficios, ingresos no económicos que percibe (Especifique):

### LUGAR DE RESIDENCIA:

Dirección residencia

Provincia

Cantón

Distrito

Otras señas



MUTUALIDAD CFIA  
TRANSFORMAMOS VIDAS

# INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 2 de 4	Fecha de aprobación: Enero 2023	 Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 1	Fecha de última revisión: Mayo 2023	

## MÉTODOS DE CONTACTO:

Tel. domicilio  Celular

Correo electrónico

## CUENTAS BANCARIAS DE DÉBITO (NO CONTEMPLAR TARJETAS DE CRÉDITO)

Entidades financieras:

Cantidad de cuentas bancarias:

## CUENTA BANCARIA EN COLONES A LA CUAL SE PODRÍA DEPOSITAR EL SUBSIDIO

Si es del Banco Nacional, cuenta corriente:

Si es de otro banco, cuenta IBAN:

## 2. PERSONAS QUE CONFORMAN EL NÚCLEO FAMILIAR.

### PERSONAS QUE RESIDEN EN LA VIVIENDA (INICIAR CON LA PERSONA COLEGIADA).

Nombre	Identificación	Parentesco	Ocupación	Ingreso	Centro de Estudio



MUTUALIDAD CFIA  
TRANSFORMAMOS VIDAS

# INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 3 de 4	Fecha de aprobación: Enero 2023	
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 1	Fecha de última revisión: Mayo 2023	

## ¿POSEE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA UNA CONDICIÓN ESPECIAL?

Salud  Discapacidad  Adulterez Mayor  Otro

(Favor especifique):

## 3. SITUACIÓN DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES

### LA CASA QUE SE HABITA ES

Propia sin Hipoteca  Alquilada  Prestada  Propia con Hipoteca

Pago mensual por alquiler o hipoteca

### CUENTA CON OTRAS PROPIEDADES

Concepto	Monto	Concepto	Monto
Vivienda		Pago de colegiatura	
Alimentación		Educación	
Agua		Seguros	
Electricidad		Salud	
Telefonía		Transporte	
Cable e internet		Pensión alimenticia	
<b>TOTAL DE EGRESOS</b>			

Observaciones:



MUTUALIDAD CFIA  
TRANSFORMAMOS VIDAS

# INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 4 de 4	Fecha de aprobación: Enero 2023	
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 1	Fecha de última revisión: Mayo 2023	

## CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Con el fin de que se analice la presente solicitud de subsidio por afectación laboral, que ante Mutuality CFIA he presentado, autorizo que mis datos proporcionados se mantengan en las bases de datos de Mutuality CFIA; así mismo reconozco que los datos brindados pasan a ser propiedad de Mutuality CFIA, quien por su parte reconoce que la obtención de los datos recolectados le son únicamente necesarios y serán utilizados para los efectos del eventual otorgamiento del subsidio por afectación laboral, los cuales guardará con confidencialidad. Por su parte, autorizo expresamente, otorgando mi consentimiento a Mutuality CFIA, para que consulte mi información personal en las bases de datos que así lo requieran, con el fin de realizar consultas y recolectar información de cualquier base de datos y protectora de crédito.

## DECLARACIÓN JURADA PARA SOLICITUD DEL SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)

Conocedor de las penas con que las leyes penales costarricenses castigan el delito de perjurio, declaro bajo la fe del juramento el cual dejo rendido, que:

- Todos los datos brindados en el presente formulario son verdaderos, así como de la veracidad de los documentos que al efecto he aportado para el otorgamiento del subsidio por afectación laboral.
- Que la información ofrecida responde a mi realidad actual, tanto económica como familiar.
- En caso de mejorar mi situación económica, que me permita subsistir por mis propios medios, notificaré de inmediato a Mutuality CFIA, para que sea cesados los depósitos restantes del subsidio aprobado, lo que comunicaré al correo electrónico [mutualidad@cfia.cr](mailto:mutualidad@cfia.cr); al efecto, reconozco que de no proceder de la forma indicada, Mutuality CFIA se guarda el derecho de solicitar por las vías legales correspondientes, el reintegro de todos los dineros que por este subsidio haya recibido.
- Que he sido advertido, que de demostrarse que la información y documentos que he aportado arroje datos falsos, Mutuality CFIA con el fin de hacer valer las responsabilidades del caso, iniciará con los procedimientos legales que correspondan, además, cobrará los gastos legales y administrativos en que haya incurrido.

San José a los \_\_\_\_\_ días(s) del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Nombre de la persona colegiada: \_\_\_\_\_

Firma de la persona colegiada: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_