



---

**RED DE CUIDO DEL ADULTO MAYOR DE CORONADO (RECAM)**

**SOLICITUD DE BENEFICIO**

Nombre completo de la persona adulta mayor (PAM) \_\_\_\_\_

Edad cumplida: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección Exacta: \_\_\_\_\_

Especifique detalladamente el beneficio que solicita: \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR** \_\_\_\_\_  
(Huella en caso de que no firme)

En caso de que la persona que llene la solicitud no sea la persona adulta mayor, sino que sea la persona encargada, favor indicar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Llenar el siguiente cuadro del núcleo familiar

<b>Integrantes del Núcleo familiar</b>	<b>Edad</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Ingreso mensual</b>	<b>Aporte al hogar</b>

**REQUISITOS MINIMOS QUE SE DEBEN PRESENTAR JUNTO CON LA SOLICITUD DE BENEFICIO:**

\*Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad de la persona adulta mayor y del encargado.

\*Certificación de la CCSS en la que conste que no recibe pensión o en caso de que reciba, que así se consigne, así como el monto de la misma y el Régimen.

\*En caso de que la persona adulta mayor padezca alguna enfermedad, requiera pañales desechables, suplementos alimenticios o ayudas técnicas, presentar Dictamen Médico o Epicrisis, emitido por la CCSS.

*(La Red de Cuido del Adulto Mayor podrá pedir documentación adicional dependiendo del beneficio solicitado).*

**IMPORTANTE: LA PERSONA SOLICITANTE DEBE TENER COMO MINIMO SESENTA Y**

**CINCO (65) AÑOS DE EDAD Y RESIDIR EN EL CANTON VAZQUEZ DE CORONADO.**

*Nota importante: Ninguna solicitud será sometida a análisis si no se entrega la solicitud debidamente llena y con los documentos que se solicitan.*



---

**Informes o consultas: Comuníquese a la Municipalidad Vázquez de Coronado al teléfono 2292-6161 extensión 156 con la Licda, Silvia Marín Ramírez.**

---

**CONSTANCIA DE PRESENTACION DE SOLICITUD DE BENEFICIO (Espacio para ser llenado por la Red de Cuido del Adulto Mayor)**

Fecha de presentación \_\_\_\_\_ Presentada por: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la persona adulta mayor (PAM) \_\_\_\_\_

---

Recibida por: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Integrante de la Red)



**CONSTANCIA DE PRESENTACION DE SOLICITUD DE BENEFICIO (Comprobante para la persona solicitante)**

Fecha de presentación \_\_\_\_\_ Presentada por: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la persona adulta mayor \_\_\_\_\_

---

Recibida por: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Integrante de la Red)

**Informes o consultas: Comuníquese a la Municipalidad Vázquez de Coronado al teléfono 2292-6161 extensión 156 con la Licda. Silvia Marín Ramírez.**