



SOLICITUD DE SUBSIDIO OFTALMOLÓGICO

Resistencia, ____ de ____ de 2025

Señor Presidente de la

Caja Forense del Chaco

Su Despacho:

Me dirijo a usted en carácter de afiliado/a con aportes al día desde el año 2024, a fin de solicitar el **subsidio anual Oftalmológico complementario**, conforme lo aprobado por Acta de Directorio N.º 1257, de fecha 26 de septiembre de 2025(punto 8 c), y vigente desde su publicación.

Adjunto a la presente la factura de compra correspondiente, emitida a mi nombre, en cumplimiento de los requisitos establecidos. Declaro bajo carácter de declaración jurada conocer y aceptar la reglamentación vigente, y no haber solicitado otro subsidio oftalmológico en el presente año calendario.

Solicito se haga lugar a lo peticionado y se proceda al otorgamiento del beneficio, conforme al tope anual equivalente a un (1) Salario Mínimo Vital y Móvil vigente al momento de la compra.

Sin otro particular, saludo a usted con distinguida consideración.

Firma:

Aclaración:

DNI / CUIT :

Matrícula:

Domicilio real:

Domicilio electrónico:

Teléfono de contacto:

Alias/CBU/CVU: