

Quien suscribe _____, cédula de identidad _____ en pleno ejercicio de mis capacidades volitivas y cognitivas, por este medio consiento y autorizo a la Gerencia de Bienestar Social y Sostenibilidad (GBSS) de la Asociación Solidarista de Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (ASECCSS), con cédula de personería jurídica 3-002-0660031, a verificar el cumplimiento de requisitos establecidos en el Reglamento PROBESOL, con el fin de que se valore la posibilidad de optar por el Beneficio Solidario por Desastre de origen Natural y No Natural, la valoración contempla el siguiente abordaje: 1) Registro de inspección realizado por el asesor/a de servicio o virtual por medio de la GBSS, 2) Revisión de requisitos según reglamento PROBESOL.

Así mismo, manifiesto que he sido informado (a) y advertido(a) debidamente de:

- El deber de brindar y completar la información y documentación solicitada por la GBSS, estos son requisitos indispensables para optar por el beneficio solidario.
- Que la administración de ASECCSS puede verificar, revisar e indagar toda la información y/o documentos aportados para el estudio. En caso de que se compruebe omisión, falsificación o alteraciones en la información y/o documentación aportada, ASECCSS se reserva el derecho de rechazar los beneficios solicitados.
- El/la beneficiario/a acepta que los apoyos otorgados por ASECCSS para la compra de materiales se brindan como ayuda solidaria, por lo que exonera a ASECCSS de toda responsabilidad por el uso, calidad, destino o cualquier consecuencia derivada de dichos materiales.
- Que en caso de que ASECCSS compruebe que la ayuda solidaria se otorgó con base en información falsa, incorrecta o incompleta, o que ésta no fue utilizada conforme a lo indicado en la resolución del caso, sin que aporte la evidencia en contrario, se procederá conforme lo establecido en el artículo 26 de las Políticas de PROBESOL, accionándose la recuperación del valor de lo otorgado por medio de los siguientes mecanismos:
 1. Primeramente, se procura realizar un arreglo de pago con el asociado(a) para que se efectúe la debida devolución del dinero.

2. De no haber arreglo de pago, autorizo de manera expresa a ASECCSS para que, en caso de incumplimiento de los términos y condiciones en que se ha brindado el presente beneficio, se me aplique el cargo por deducción de planilla, por medio de una retención que será expresada en el estado de cuenta, para la compensación total o parcial del monto que me fue acreditado, ASECCSS también podría aplicar el cobro del beneficio, tomando las sumas de mis ahorros voluntarios extraordinarios, cuentas personales de ahorros, excedentes del periodo y de las demás participaciones, rubros o derechos de cualquier clase que como asociado(a) me corresponden, para la efectiva cancelación, parcial o total del monto otorgado.

3. Los órganos resolutores tendrán la potestad de aplicar las siguientes sanciones de forma individual o en conjunto, parcial o total según sea el incumplimiento, el dolo o la culpa (intención de la persona) comprobados:

- Suspensión del beneficio hasta la corrección de los incumplimientos presentados.
- Eliminación o restricción de acceso al beneficio que ha incumplido. Esta sanción podrá ser aplicada hasta por un máximo de dos años.
- Restricción a todos los beneficios sociales. Esta sanción será aplicada cuando se determine un incumplimiento grave, y podrá ser aplicada hasta por un máximo de dos años.
- Las establecidas en la Ley de asociaciones solidaristas y en el estatuto de ASECCSS.

Nota: El correo electrónico proporcionado por el asociado/a en el formulario de solicitud del Beneficio por Desastres FR-OC-GBSS-17, será el medio de comunicación oficial durante el proceso y mediante el cual ASECCSS le informará sobre la resolución formal de este beneficio a través de un memorando con las indicaciones claras de acuerdo con el caso.

Coloque aquí su cédula por el lado de la fotografía.

Firma persona asociada