

Quien suscribe _____, cédula de identidad _____ en pleno ejercicio de mis capacidades volitivas y cognoscitivas, por este medio consiento y autorizo a la Gerencia de Bienestar Social y Sostenibilidad de la Asociación Solidarista de Empleados de La Caja Costarricense del Seguro Social (ASECCSS), con cédula de personería jurídica 3-002-0660031, pueda verificar, revisar e indagar toda la información y/o documentos que aporto para el debido estudio del beneficio solidario por sepelio.

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 o funcionarios de las oficinas de servicio. 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.
- 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.

DÍA	MES	AÑO

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:

- a. Suspensión del beneficio hasta la corrección de los incumplimientos presentados.
- b. Eliminación o restricción de acceso al beneficio que ha incumplido. Esta sanción podrá ser aplicada hasta por un máximo de dos años.
- c. 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.
- d. Las establecidas en la Ley de asociaciones solidaristas y en el estatuto de ASECSS.

Nota: El correo electrónico proporcionado por el asociado/a en el formulario de solicitud del Beneficio de Ayuda por Sepelio FR-OC-GBSS-22, será el medio de comunicación oficial durante el proceso y mediante el cual ASECSS, le informará sobre la resolución formal de este beneficio.

Firma persona asociada

Coloque aquí su cédula por el lado de la fotografía.