



Solicitud del pago del Fondo de Auxilio por Defunción

Fecha: ____ de ____ del 201__

Datos del trabajador(a) fallecido(a)

Nombre _____	Sección Sindical _____	37	
Domicilio			
Calle y numero _____	Colonia _____		
Estado _____	Municipio _____	C.P. _____	
Puesto _____	Sueldo mensual _____		
Centro de adscripción _____			
Clave presupuestal completa _____			
Causas del fallecimiento _____			
Lugar del fallecimiento _____	Fecha _____		
Estado civil			
<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado

Datos del Beneficiario

Nombre _____	Edad _____	
Parentesco con el trabajador _____		
Domicilio		
Calle y numero _____	Colonia _____	
Estado _____	Municipio _____	C.P. _____
Teléfono _____	e-mail _____	

Nombre _____	Edad _____	
Parentesco con el trabajador _____		
Domicilio		
Calle y numero _____	Colonia _____	
Estado _____	Municipio _____	C.P. _____
Teléfono _____	e-mail _____	

Firma del beneficiario