



FORMULARIO PARA SOLICITAR SERVICIO DE PAGO A DOMICILIO

Yo.....,del Sector.....con Matricula.....y C. I.....de.....años de edad, con el número de teléfonos.....,.....de referencia.

Conforme a solicitud del SENASIR adjunto la siguiente documentación:

REQUISITOS EXIGIDOS	CASILLA EXCLUSIVA DEL FUNCIONARIO
• Dos fotografías actuales a colores 4x4 (De fondo rojo) nítidas	
• Croquis domiciliario (en una hoja de papel bond tamaño carta) dirección actual.	
• Fotocopia Simple del Carnet de Identidad (nítido).	
• Fotocopia Simple de la última boleta de pago (nítido).	
• Una fotocopia del presente formulario para el Servicio de Pago a Domicilio Debidamente llenado por el beneficiario.	
• Certificado médico por el Ente de Salud que corresponda (Original con el sello del centro): <u>Personas mayores a 80 años</u> , deberán presentar el certificado médico por única vez a la presentación de todos sus documentos. <u>Personas menores a 80 años</u> , deberán presentar de manera anual “certificado médico” <u>Personas con enfermedades permanentes</u> , menores a 80 años deberán presentar certificado médico al inicio del trámite por única vez.	

Nota.-

* El pago a domicilio es un servicio. Para atender el requerimiento de las personas por salud y/o edad muy avanzada que no puedan apersonarse a los diferentes puntos de pago como ser: Inválidos, discapacitados, incapacitados, lisiados, mutilados, tullidos, impedidos y/o imposibilitados o con enfermedades permanentes como ser: Cáncer, leucemia, uso del oxígeno, ceguera, hemiplejia parcial o total y otros.

* El pago a domicilio. No corresponde a personas con discapacidad mental, estado vegetal y/o pérdida de memoria conforme al Art. 419 del Código de Familia “Declaración de Interdicción”

* El costo para este servicio. Asciede a Bs30.00 (Treinta 00/100 Bolivianos), por única vez para la habilitación del mismo.

HUELLAS DIGITALES DEL SOLICITANTE
PULGAR IZQUIERDO PULGAR DERECHO

--	--

FIRMA RECEPCION

FIRMA SOLICITANTE

Lugar y Fecha.....de.....de 20....