

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO FATES

PREENCHA OS DADOS ABAIXO COM TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:

Nome completo :

CPF :

Empresa :

Departamento :

Telefone : **E-Mail** :

Estado Civil : Solteiro Casado Separado Divorciado União Estável

QUAL BENEFÍCIO OFERECIDO PELA COOPERATIVA VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO?

Aparelho Auditivo Bilateral Unilateral Prótese Ortopédica Auxílio Médico Auxílio Reconstruir Auxílio Odontológico Adaptação Social Cesta Básica Incentivo à sustentabilidade

POR QUAL MOTIVO PROCURA POR ESTE BENEFÍCIO?

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Para quem será solicitado o benefício? Cooperado Pai Mãe Cônjuge Filho

Auxílio Médico: Houve negativa do convênio sobre a solicitação descrita? Sim Não

Solicitei com o convênio Não tem convênio

Auxílio Reconstruir:Relate como você foi afetado

Os dados informados serão tratados com segurança, confidencialidade e exclusivamente para as finalidades previstas neste formulário. A cooperativa garante o uso responsável, conforme alinhamento com políticas interna de Proteção e Privacidade de Dados (LGPD).

Caso aprovada a solicitação, o pagamento será realizado diretamente na conta corrente cadastrada na base da BeCooper. Importante que os seus dados estejam atualizados na cooperativa para a conclusão do processo. A atualização dos dados é de responsabilidade do cooperado solicitante.

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO FATES

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- Declaro para os devidos fins que preencho todos os requisitos para o recebimento da concessão de benefício pelo FATES (Fundo de Assistência Técnica Educacional e Social) e que estou ciente de que aceitar e declarar as afirmações e informações acima, estou sujeita análise de veracidade das informações, que possam assegurar a BeCooper de que sou carecedor do seu auxílio, sendo que eventuais inverdades poderão implicar em sanções cíveis e até mesmo criminais.
- Declaro para o devidos fins que as informações acima correspondem com a verdade, no mesmo ato autorizo que a cooperativa utilize referidas informações para atualização cadastral (tratamento de dados) e estou ciente que os dados acima mencionados poderão ser utilizados para oferecimento de recursos, programas desenvolvidos pela Cooperativa e/ou seus parceiros (compartilhados com terceiros) desde que atingida as finalidades estatutárias, organizacionais e em conformidade com o termo de consentimento por mim declarado.
- Declaro, para os devidos fins, que se a minha solicitação for referente ao auxílio adaptação social, estou ciente e de acordo com todas as condições estabelecidas, incluindo o uso exclusivo para fins de adaptação social, a responsabilidade pela conservação, a obrigatoriedade de devolução ou destinação social adequada do item recebido, bem como as restrições quanto ao uso indevido. Reconheço que o descumprimento das obrigações poderá acarretar restrições internas no acesso a novos benefícios da Cooperativa.
- Autorizo a BeCooper entrar em contato com a minha liderança direta caso seja necessário confirmar o relato por mim descrito neste documento para solicitação do Auxílio Reconstruir.

Cidade: Data:

ÁREA PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA BECOOPER

Salário do cooperado: R\$ Tempo de Cooperativa: de 1 a 3 anos de 4 a 6 anos 7 anos ou maisValor do Reembolso: R\$ Percentual do Reembolso: OBSERVAÇÃO: APROVADO: REPROVADO: Data do pagamento Data da solicitação ATENDENTE: COORDENAÇÃO: COMITÊ DE CRISE: