

GOBERNACION DEL HUILA
Secretaria de Salud



DD / MM / AAAA

Señores:
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA
Neiva

Respetado Doctor Cesar Alberto Polania Silva;

Por medio de la presente yo _____ me dirijo a usted muy comedidamente para solicitar se analice la posibilidad de suministrar la ayuda técnica o producto de apoyo: _____, para: _____ Identificada (o) con documento de identidad (RC), (T.I), (C.C) No. _____, ya que no cuento (a) con los recursos para poder adquirirla por mis propios medios. Cuento con Seguridad Social afiliado a la Empresa Administradora de Plan de Beneficio: _____

Declaro como persona solicitante de esta ayuda técnica, que pertenezco a uno o varios de estos grupos.
Víctima del Conflicto Armado (), Indígena (), Afrocolombiano (), LGTBI (), ROM – Gitanos () o No _____

Documentos que anexo:

- ☐ Fotocopia del documento de identidad del solicitante, en caso de ser un niño o adulto mayor se deben anexar los de un acudiente.
- ☐ Fotocopia de la orden medica de la Ayuda Técnica o producto de apoyo.
- ☐ Fotocopia Historia Clínica o Epicrisis.
- ☐ Certificado de Discapacidad o Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

Firma: _____ C.C: _____

Dirección de Residencia: _____

Municipio: _____

Teléfonos de contacto: _____

