



Caja de compensación familiar de Arauca
NIT. 800.219.488-4

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN SUBSIDIO AL DESEMPLEO

No Radicación	Fecha de Radicación	Año	Mes	Día

CÓDIGO	FT-GS-04
VERSIÓN	01
FECHA	30-JUL-2009

IMPORTANTE: Antes de diligenciar este formato lea cuidadosamente las instrucciones generales y la información anexa.

1. DATOS DEL JEFE CABEZA DE HOGAR

No. Identificación del Jefe Cabeza de Hogar		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	1er. Apellido (paterno)	2o. Apellido (materno o de casada) Nombres	
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil			Máximo Grado de Escolaridad alcanzado:		
Año Mes Día	Masc. <input type="checkbox"/> Femen. <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>
Es Usted		Desplazado <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Reinsertado <input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>		
Dirección Residencia		Teléfono		Tipo de Vivienda:	Ciudad		Departamento
				Propia <input type="checkbox"/>	Alquilada <input type="checkbox"/>		
Ha estado afiliado a alguna de estas entidades?:							
E.P.S.	SI <input type="checkbox"/>	A.R.P.	SI <input type="checkbox"/>	Fondo Pensiones	SI <input type="checkbox"/>	Fondo Cesantías	SI <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>	Cual? _____	No <input type="checkbox"/>	Cual? _____	No <input type="checkbox"/>	Cual? _____	No <input type="checkbox"/>	Cual? _____

2. HISTORIA LABORAL JEFE CABEZA DE HOGAR

En los últimos tres años ha estado afiliado un año a una Caja de Compensación Familiar?: SI NO (Si su respuesta es NO pase al punto tres)

Cuál fué su último salario \$ _____

Relacione las empresas en las cuales ha laborado los últimos 3 años, contados a partir de la fecha de presentación de éste formulario

Caja de Compensación	Nombre de la Empresa	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Teléfono	Cargo

Si diligenció el numeral 2 continúe con el numeral 4

3. DESEMPLEADOS SIN VINCULACIÓN A CAJAS DE COMPENSACIÓN

Es usted SI usted es Artista, Deportista o Escritor escriba el nombre de la asociación donde está afiliado: _____ Teléfono _____

Artista

Deportista

Escritor

N / Anteriores

4. INFORMACIÓN SOBRE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

De acuerdo con su interés y en el campo que usted desee desempeñarse, cuales opciones de capacitación le gustaría?:

A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

5. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Datos del Cónyuge o Compañero (a)

C.C. C.E. T.I. 1er. Apellido (paterno) 2do. Apellido (materno o de casada) Nombres Fecha de Año Mes Día

No. _____

Datos de las personas a cargo del Jefe Cabeza de Hogar

Cuántos hijos tiene menores de 18 años: _____ | Cuántas personas a cargo tiene: _____

Nombres completos de las personas a cargo que dependen económicamente del Jefe Cabeza de Hogar	Fecha Nacimiento		Sexo		Desplazado	Discapacitado	Reinsertado	ninguno de los anteriores	Parentesco					Documento de Identidad (Identifique el Tipo: C.C, C.E, T.I, R.C.)		Estudia. S:si N:No	N: Ninguna P:Prim S:Secun T:Tec. Sp:Superior O: Otro
	Año	Mes	Día	M					F	Hijo	Padre	Hermano	Compañero (a)	Otro	Tipo		
Ter.Apellido 2do. Apellido Nombres	Año	Mes	Día	M	F												

6. ESTÁ INSCRITO EN CURSOS DE CAPACITACIÓN DEL SENA

SI No Cual? _____

7. IDENTIFIQUE EL TIPO DE BONO QUE DESEA RECIBIR (Marque con una X)

Aportes al sistema de salud (E.P.S.) Bono Alimentación Educación

Escriba la E.P.S. en la cual desea afiliarse _____ Nombre de la entidad educativa _____

8. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Toda la información aquí suministrada es VERIDICA. Cumpló con las condiciones para ser beneficiario (a) del subsidio al desempleo y no estoy incurso en las imposibilidades para solicitarlo. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley. Manifiesto que soy cabeza de hogar, desempleado, carezco de capacidad de pago y no dispongo de ingreso económico alguno, me encuentro disponible para trabajar en forma inmediata, he estado realizando gestiones para la búsqueda de empleo y no soy beneficiario del regimen de subsidio a qu se refiere el artículo 8° de la ley 789 de 2002

Firma del desempleado

Nota: El diligenciamiento de este formulario no obliga a la Caja de Compensación a otorgar el Subsidio de Desempleo

Recepción Formulario único de Postulación Subsidio de Desempleo

Recibido por Nombre	Fecha y Hora:	Nombre del Postulante:
Firma:	Cantidad de Folios Anexos Originales: Copias	Nro de Radicación



VIGILADO