



*Colegio Dominicano de Profesionales de Enfermería*  
(CODOPENF)

MIEMBRO DE: C.I.E., FEPPEN, FIDE Y FEDOPRO  
RNC No. 4-01-50942-3

**Formulario de Solicitud Ayuda de Salud "APROSAMA"**

Nombres \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Cedula No. \_\_\_\_\_ No. Tarjeta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Numero de Libro \_\_\_\_\_  
Año de Inscripción en ADEG \_\_\_\_\_ No. Carnet ADEG \_\_\_\_\_  
Lugar donde labora \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Ayuda mutua por enfermedad \_\_\_\_\_  
Diagnostico \_\_\_\_\_  
Medico Tratante \_\_\_\_\_  
Centro Medico donde Recibe Atención \_\_\_\_\_  
Laboratorio que le suministra el material o equipo (SOS) \_\_\_\_\_  
Tiempo Tratándose con ese diagnostico \_\_\_\_\_  
Del tratamiento y/o Medicamentos y material \_\_\_\_\_  
Tiempo que termino ese tratamiento \_\_\_\_\_  
N de esa institución tendríamos (Si es aprobada la solicitud) que remitirle el cheque:  
\_\_\_\_\_

Fecha de la Solicitud \_\_\_\_\_ Fecha de aprobación \_\_\_\_\_  
Resolución del CIE No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
**Secretaria de Finanzas**

\_\_\_\_\_  
**Presidenta ADEG**

Anexos Documentos Correspondiente:



## *Colegio Dominicano de Profesionales de Enfermería* (CODOPENF)

MIEMBRO DE: C.I.E., FEPPEN, FIDE Y FEDOPRO  
RNC No. 4-01-50942-3

### **Reglamento para el manejo y solicitud de los fondos de Ayuda Enfermedades Catastróficas De los(as) Miembros(as) Activos(as) de la ADEG. “(APROSAMA)”**

#### **I De los Miembros(as).**

Tiene derecho a recibir el aporte todo Miembro(a):

- a) Activo (inscrito y que este al día en su cuota mensual).
- b) Con un mínimo de 2 años inscrito y cotizando.
- c) Que solo pertenezca a la ADEG.
- d) La ayuda es exclusiva para el Miembro(a) activo(a)
- e) Que presente los documentos requeridos.

#### **II Pasos a dar para solicitar “APROSAMA”.**

1. Llenar el formulario correspondiente.
2. Entregar:
  - a) Diagnóstico.
  - b) Tratamiento.
  - c) Carta de la Directora de los servicios de Enfermería, avalando dicha solicitud.
  - d) Carta del solicitante.
  - e) Carta del Delegado o Presidente de la Seccional correspondiente.
  - f) Copia de la cedula.
  - g) Cotización del tratamiento o medicamento.
  - h) Indicaciones médicas.

#### **III Casos en los cuales se considera la Ayuda.**

- Enfermedades Catastróficas.
- Otras afecciones de Alto riesgo.

1. El aporte se decide tomando en cuenta:
  - a) El orden de la solicitud.
  - b) Que el solicitante reúna los requisitos establecidos en el presente reglamento.
  - c) Disponibilidad de recursos.
  - d) Urgencia del Caso.
  - e) El aporte consiste en el 50% de los 2 primeros tratamientos.