

**TEMA: “ASISTENCIA A LA SALUD DE FUNCIONARIOS QUE FUERON  
EXPUESTOS A CONTAMINANTES ORGÁNICOS DE  
BIFENILOS POLICLORADOS (PCB)”**

**INSTRUCCIONES PARA LLENADO DE FORMULARIO**

- FORMULARIO:** “Solicitud de Reembolso de Gastos de Asistencia a la Salud”.
- OBJETIVO:** Solicitar el reembolso de gastos efectuados en concepto de asistencia a la salud de funcionarios que fueron expuestos a contaminantes orgánicos de bifenilos policlorados (PCB).
- EMITENTE:** Funcionario afectado.
- EJEMPLAR:** **Original:** Departamento Central Acaray (GT/DCA) , Color Blanco, Obra 1ª, 60 g.
- FORMATO:** 216 x 279 mm

**REFERENCIAS**

<b><u>N° DE CASILLA</u></b>	<b><u>CONTENIDO</u></b>
-----------------------------	-------------------------

**A. Para que llene el funcionario afectado:**

- 01** Indicar el número correlativo de emisión del formulario.
- 02** Indicar la fecha de emisión del formulario.
- 03** Indicar el nombre y apellido del funcionario solicitante.
- 04** Indicar el número de personal del funcionario solicitante.
- 05** Marcar con una X los conceptos afectados a los gastos de asistencia a la salud requeridos.
- 06** Indicar el importe solicitado en Guaraníes (en número y letra).
- 07** Indicar los documentos respaldatorios que se afectan al formulario.
- 08** Firma del funcionario solicitante.

**B. Para que llene el Departamento Central Acaray (GT/DCA):**

- 09 Indicar las observaciones, si las hubiere.
  - 10 Firma del Trabajador Social. Indicar la aclaración de firma, número de personal y fecha de suscripción.
  - 11 Firma del Jefe del Departamento Central Acaray (GT/DCA). Indicar la aclaración de firma, número de personal y fecha de suscripción.
  - 12 Indicar el número del recibo de dinero afectada al reembolso solicitado.
  - 13 Indicar el monto en guaraníes reembolsado (en números).
  - 14 Indicar el nombre y apellido del Jefe del Departamento Central Acaray (GT/DCA).
  - 15 Indicar el monto en guaraníes reembolsado (en letras).
  - 16 Indicar los conceptos afectados a los gastos de asistencia a la salud requeridos.
  - 17 Indicar el nombre y apellido del funcionario afectado.
  - 18 Indicar el número de personal del funcionario afectado.
  - 19 Indicar la fecha en la que se realiza el reembolso
  - 20 Firma del funcionario afectado. Indicar el número de Cédula de Identidad.
-