|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD ECONÓMICA CON FINES DE ATENCIÓN GRATUITA****- CONSULTORIO JURÍDICO -** | **Código:** FP113-33**Versión**: 1**Fecha:** Agosto de 2015 |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL DECLARANTE** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Número de identificación: |       |
| Escriba todos los números |
| Tipo: |  | Expedida en: |       |
| Apellido 1: |       | Apellido 2: |       |
| Nombres: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Escolaridad:  |  |  |  |  |  |
| Ocupación: |       |

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN** |

En mi calidad de persona natural, obrando de manera libre y consciente, consigno la siguiente información para que sea evaluada, con el fin de acceder a atención gratuita con ustedes, ya que no poseo capacidad económica que me permita sufragar los gastos del servicio de manera particular.

|  |
| --- |
| **CONDICIÓN DEL USUARIO** |
| Desplazado |  | En situación de Discapacidad |  | Población Indigente |  |
| Madre comunitaria activa |  | Padre/Madre cabeza de familia |  | Afro descendientes |  |
| Reincorporado |  | Resido en área oficialmente definida con estrato | 1 | 2 | 3 | Zona rural |
| Nivel del SISBEN |       |  |  |  |  |  |

**Anexos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma | **Fecha** |
| **Año** | **Mes** | **Día** |
|       |       |       |