|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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** |
|  |  |  |