



**ASOCIACION DEL PERSONAL
SUPERIOR DE MERCEDEZ BENZ
ARGENTINA**
Personería Gremial Nº 1193

Referencia: Subsidio de Ayuda Reintegrable para jubilados sindicales y retiros anticipados con prestación especial.

Señores Asociados:

En nota adjunto informamos las condiciones generales para el otorgamiento de la ayuda reintegrable. Recordamos que el mismo no puede superar dos (2) haberes normales y habituales del solicitante (Redondeando en múltiplos de \$100.-).

Planes de Reintegros	
Plazo de devolución	Valor del reintegro mensual por cada \$ 1.000.-
12	\$ 94.58
18	\$ 66.81
24	\$ 52.92

Consideraciones

Para su obtención se deberá completar la solicitud correspondiente.

La misma deberá estar acompañada de una copia del último recibo de sueldo.

El monto solicitado, una vez aprobado, se pondrá a disposición a la brevedad posible, siendo depositado en su caja de ahorro.

Dado que el cupo es limitado, el otorgamiento se hará de acuerdo con el orden de recepción de las solicitudes.

El valor de la cuota deberá ser abonado del 1er. al 10 de cada mes, y será debitado desde su caja de ahorro.

Refinanciación

Las condiciones de refinanciación seguirán igual que hasta la fecha

COMISION DIRECTIVA

SEDE CENTRAL Oliden 46 entre Av Rivadavia y
Carballido (C1408AAW) Cap. Fed. Tel. 11 5365-8444
E-mail: asociacion@apsmba.com.ar



**ASOCIACION DEL PERSONAL
SUPERIOR DE MERCEDEZ BENZ
ARGENTINA**
Personería Gremial N° 1193

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE AYUDA REINTEGRABLE

Lugar y Fecha: de de 20.....
Solicito un subsidio de \$(Pesos..)
Reintegrables encuotas de \$

SOLICITANTE

Apellido y Nombre.....
Documento de Identidad Nro..... Tipo:
Domicilio: Calle.....Nro..... Piso..... Dto.
Localidad..... Cod. Postal. Tel.....
N° afiliado:
Fecha de afiliación:/...../.....

Declaro que los datos consignados en la presente solicitud y demás informaciones suministradas son correctos y ciertos. En caso que se produjera alguna variación de los mismos daré conocimiento a la Asociación dentro de los 10 días subsiguientes y manifiesto conocer y estar de acuerdo con los términos del Comunicado Sindical N°06/19.

.....
Firma del Solicitante

Para uso de APS

Refinancia: SI / NO (Tachar lo que no corresponda)

Monto a Percibir: \$..... Fecha de Acreditación:/...../.....

.....
Tesorero

.....
Presidente

SEDE CENTRAL Oliden 46 entre Av Rivadavia y
Carballido (C1408AAW) Cap. Fed. Tel. 11 5365-8444
E-mail: asociacion@apsmba.com.ar