P.O. Box 22511, San Juan, PR 00931-2511 ▪
Tel-fax: 787-758-8232
▪appu.nacional@gmail.com ▪ www.appu.org

Asociación Puertorriqueña de Profesores Universitarios

APPU Re$uelve

Solicitud de Préstamo de Emergencia

Solicitud Núm: _____

Información del Solicitante

Nombre : _____ Seguro Social: _____
Apellidos *Nombre*

Unidad Institucional: _____ Departamento: _____ Facultad: _____

☐ **Docente Activo**
☐ Probatorio
☐ Permanente
☐ Próximo a Jubilarme

☐ **Docente Contrato Servicio**
☐ 3 meses
☐ 6 meses
☐ 9 meses
☐ 12 meses

☐ **Docente Jubilado** :

Dirección Postal: _____
_____

Email UPR: _____
Email Personal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Oficina: _____

Solicitud

Defina su emergencia _____
_____
_____

Cantidad solicitada $

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN OFRECIDA ES CORRECTA

Firma Solicitante: _____ Fecha: _____

Para Uso Administrativo APPU

Miembro Activo Sí ☐ NO ☐ Miembro desde: Estatus de Cuotas

Ha disfrutado de otros fondos del Programa Servicios APPU : Sí ☐ NO ☐ Fecha(s): Total de fondos aportados por APPU a miembro:

¿Ha cumplido de forma satisfactoria con las condiciones de uso de los fondos? Si ☐ NO ☐ **Tiene Préstamo(s) Anteriores** Si ☐ NO ☐

Fecha saldo: _____ Balance pendiente de pago: _____

Determinación APPU

☐ **Aprobado** ☐ **Denegado** **Razón para Denegar:**

Cantidad aprobada: **$** _____ Cheque Núm _____ Fecha Primer Pago: _____ Fecha para Saldar: _____

Tesorero: _____ Directora Ejecutiva: _____ Fecha: _____