

Fecha

Asunto: Reclamación de pago por beneficio de (Fallecimiento, Incapacidad Total y Permanente, Desempleo o Incapacidad Total Temporal)

A quien corresponda:

Por medio de la presente se solicita se otorgue el beneficio de (Fallecimiento, Incapacidad Total y Permanente, Desempleo o Incapacidad Total Temporal según corresponda) al (los) alumno(s) (Nombre del (los) alumno(s) que actualmente cursan (grado que cursa cada uno de los alumnos) y cuyo (padre, madre o tutor legal según corresponda) (falleció, quedo incapacitado total y permanentemente, se encuentra desempleado o en estado de incapacidad total temporal según corresponda) el día (fecha de fallecimiento o incapacidad total y permanente, desempleo o incapacidad total temporal).

Se adjunta la documentación solicitada:

(listar los documentos según corresponda al evento, fallecimiento incapacidad total y permanente, desempleo o incapacidad total temporal) y concluir, los cuales han sido adjuntados a la (página Web o App según corresponda) y cuyos originales y/o copias serán entregadas en:

Homero No. 613 interior 603
Colonia Polanco
Alcaldía Miguel Hidalgo
CP 11550
CDMX

Atentamente,

Nombre y firma de la persona que reclama