

DECLARACIÓN PARA SOLICITUD DE SUBSIDIO DE CUIDADORES
ARTÍCULO 8 LEY 2225 DE 2022

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° _____, actuando en calidad de Cónyuge _____ Compañero permanente _____ del/la señor(a) _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía N° _____ quien se encuentra afiliado a Confa en calidad de trabajador, bajo la gravedad de juramento, realizamos consciente, libre y voluntariamente las siguientes declaraciones y manifestaciones con el fin de que sea reconocido el subsidio de cuidador de beneficiario con discapacidad contemplado por el numeral 8 del parágrafo 1 del artículo 3 de la Ley 789 de 2002 adicionado por el artículo 8 de la Ley 2225 de 2022:

- Que en el grupo familiar del trabajador mencionado, se encuentra como persona a cargo beneficiario _____ identificado(a) con documento de identidad _____ (RC, TI, CC, CE, PPT, PEP, PT) N° _____, por su estado de discapacidad declarado médicamente, se encuentra bajo mi cuidado en calidad de conyugue o compañero permanente.
- Que la persona antes mencionada, recibe mi apoyo en la actividades propias de higiene _____, aseo _____, alimentación _____, Ayuda en la administración de medicamentos vía oral _____ (Marque X en las que aplica).
- Que a la fecha en calidad de cónyuge o compañero permanente del trabajador, me encuentro desempleado(a) y no cuento con una fuente formal directa de ingresos, renta, pensión ni desarrollo actividad formal remunerada alguna, y dependo económicamente del trabajador(a)
- Declaro conocer las causales o eventos de pérdida del subsidio otorgado, entre los cuales se encuentra que en caso de que me sea reconocido el derecho a pensión de vejez, invalidez o sobreviviente, u obtenga una fuente formal directa de ingresos, realice una actividad formal remunerada, o cambie mi situación de estado civil, será mi responsabilidad informar a Confa acerca de esta novedad, so pena de la pérdida del subsidio y la obligación de reintegrar lo pagado de manera indebida, sin perjuicio de la responsabilidad penal y civil que con ocasión de dicha omisión esté prevista en el ordenamiento legal.

Con la firma de este documento se entienden incluidas las declaraciones contenidas sobre el tratamiento de datos personales.

Para constancia de lo anterior se firma en _____ a los ____ días del mes de _____ del año 202 __ (La vigencia del documento no podrá ser superior a 30 días)

Atentamente,

Trabajador Afiliado

DI:

Nombre:

Cónyuge o Compañero Permanente

DI:

Nombre:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Caldas–Confa, para que trate mis datos personales y/o sensibles que llegase a recolectar. De igual manera autorizo de manera previa, expresa e inequívoca para que se traten los datos personales y/o sensibles del menor o de la persona sobre el cual actúo en calidad de representante legal, para que sobre esta información proceda a procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla, transmitirla y transferirla de acuerdo a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.confa.co, con el fin de hacer posible la prestación de los servicios propios, reportes a autoridades de vigilancia y control, para uso de fines administrativo, comercial, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos.

Declaro estar informado sobre la posibilidad de oponerse al tratamiento de datos sensibles, salvo que sea necesario para el objeto de las relaciones que se establecen y que en mi calidad de titular de la información tengo derecho a consultar, conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que los solicite, presentar quejas, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de las líneas de atención 8783111 ext. 2772 o al correo proteccion.datos@confa.co.