

**VALIDACIÓN POR PARTE DE IHCAFE DE SOLICITUD DE ENTREGA EL
BONO CAFETALERO A TERCEROS**

Yo, _____, hondureño, mayor de edad,
_____(estado civil), con tarjeta de identidad
número _____, No. De teléfono _____ en mi
condición de Representante Regional del IHCAFE
de _____ ubicada en el municipio,
_____, departamento _____.

Por medio de la presente autorizo la entrega del Bono Cafetalero al Sr(a)
_____, con número de
identidad _____, quien retira el fertilizante del
Productor _____, Con número de
identidad _____ y clave del IHCAFE No.
_____ a quien se le asignan _____ quintales.

Para los fines pertinentes, se extiende la presente en la ciudad de
_____, departamento de _____, a los
_____ días del mes de _____ del año 2021.

Nombre del Representante de
IHCAFE

Nombre del Técnico del Bono
Cafetalero que presenta la solicitud

Firma y Sello del Representante de
IHCAFE

Firma y Sello del Técnico del
Bono Cafetalero

SOLICITUD DE ENTREGA DEL BONO CAFETALERO A TERCEROS POR FALLECIMIENTO DEL PRODUCTOR BENEFICIARIO

Yo, _____, hondureño, mayor de edad,
_____ (estado civil), con tarjeta de identidad
número _____, No. De teléfono _____ en mi
condición de _____ (parentesco demostrado con el
productor) de productor de café con clave No. _____ y con finca
ubicada en _____, municipio,
_____, departamento _____.

Por medio de la presente solicito la entrega del Bono Cafetalero que le corresponde
a mi fallecido _____ (parentesco), para lo cual adjunto el
siguiente documento legal que lo acredita _____
(parida de nacimiento o acta de matrimonio) correspondiente.

Para los fines pertinentes, se extiende la presente en la ciudad de
_____, departamento de _____, a los
_____ días del mes de _____ del año 2021.

Firma y huella del familiar

Nota:

- Se adjunta a esta solicitud
- Copia del acta de defunción del productor fallecido.
- Documento legal que acredite el parentesco con el productor fallecido pudiendo ser copia de acta de matrimonio o partida de nacimiento.

**SOLICITUD ENTREGA DE BONO CAFETALERO A TERCEROS
POR ENCONTRARSE FUERA DEL PAÍS**

Yo, _____, hondureño, mayor de edad,
_____(estado civil), con tarjeta de identidad
número _____, productor de café con clave
No. _____ y con finca ubicada en _____,
municipio, _____ departamento _____.

Por este medio autorizo al Señor(a) _____, con
tarjeta de identidad número _____, teléfono
No. _____ y dirección _____
_____.

Para que se le haga entrega del fertilizante asignado del Programa "Bono Cafetalero para la Fertilización en Apoyo a Pequeños y Medianos Productores", en vista que no me encuentro fuera del país, razón que me imposibilita a trasladarme al lugar donde se entrega dicho Bono.

Para los fines pertinentes, se extiende la presente en la ciudad de _____, departamento de _____, a los _____ días del mes de _____ del año 2021.

Firma y huella del productor

Nota:

- Se adjunta imagen del productor con tarjeta de Identidad visible.
- Copia de Identidad de persona que recibe

			CUADRO DE TRANSFERENCIAS ESPECIALES.					
No.	Institucion/Organización	Descripción	Monto Recibido	Monto Ejecutado	Fecha	Adquisición	Ejecución	Pendiente
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

ATENCIONES A GRUPOS VULNERABLES FICHA DE ENTREGAS DE BENEFICIOS

Departamento/Municipio: _____

Fecha de Visita: _____

Nombre del Participante: _____

Dirección: _____

Georeferencia: _____

Nombre del responsable a
cargo de la persona

Tipo de Parentesco: _____

Teléfono: _____

Identidad: _____

VALIDACION DEL HOGAR:

POSEE CUARTO PROPIO

SI

NO

SI SU RESPUESTA ES NO, CUANTOS

NIÑO

ADULTO

POSEE BAÑO INDIVIDUAL

SI

NO

SI SU RESPUESTA ES NO, CUANTOS

NIÑO

ADULTO

ASEO DEL HOGAR

BUENO

REGULAR

MALO

VALIDACION DE SALUD:

DIAGNOSTICO BASE:

PRESION ARTERIAL

TEMPERATURA

PESO ACTUAL

ESTADO NUTRICIONAL

BUENO

☐

REGULAR

☐

MALO

☐

MEDICAMENTO BASE:

ESTADO DE SALUD GENERAL:

CONSIDERA QUE LA PERSONA ESTA EN RIEGO EPIDEMIOLOGICO

SI

☐

NO

☐

TIENE SINTOMAS ASOCIADOS CON EL COVID-19

SI

☐

NO

☐

ESPECIFIQUE

DEBE SER TRASLADADO A CENTRO ASISTENCIAL

SI

☐

NO

☐

CUAL
