

TITULO : SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES (Decreto N° 1516/04)	Código: E-109 Revisión: 3 Confecionó: G.M. Vigencia: 05/09/16 Página: 1 de 5
---	---

SOLICITUD N° - FECHA de de

(N° CUIL - Orden anual)

ASIGNACIÓN SOLICITADA:	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo Menor Cantidad: <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo con Capacidad Restringida Cantidad: <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ayuda Escolar Cantidad: <input style="width: 50px;" type="text"/>
-------------------------------	----------------------------------	--	--	---

Marcar con una X e indicar cantidad de asignaciones solicitadas, según corresponda y completar **ANEXO 1** (Solicitud Cónyuge - Hoja N° 4) y/o **ANEXO 2** (Solicitud Hijo/Ayuda Escolar - Hoja N° 5), según corresponda.

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

DATOS DEL SOLICITANTE					
Apellido/s	Nombres			CUIL	
Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Doc Extr <input type="checkbox"/> Mail (*)	Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
Domicilio real				Localidad	
Código Postal	Partido	Provincia		País	
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)				Localidad	Código Postal
Estado Civil (Indicarlo con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Separado/a de hecho	Desde/...../..... Autoridad ante quien formuló la demanda		
	<input type="checkbox"/> Casado/a		<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a	Desde/...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado N°..... Secretaría	
<input type="checkbox"/> Viudo/a					
<input type="checkbox"/> Conviviente					

(*) Datos obligatorios, además de los habituales, sin los cuales no se podrá continuar la carga posterior, es decir que es imprescindible se coloque un mail (aunque sea alternativo) y un domicilio constituido en Pcia. de Bs. As.

Llenar con los datos del APODERADO para tramitar, sólo en caso de corresponder

DATOS DEL APODERADO					
Relación:					
<input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Agrega IUS <input type="checkbox"/> Delegado <input type="checkbox"/> Gestor <input type="checkbox"/> Fliar hasta 4° de Consanguinidad <input type="checkbox"/>					
Apellido/s	Nombres			CUIL/CUIT	
DNI <input type="checkbox"/> Doc Extr <input type="checkbox"/> Mail (*)	Teléfono Fijo		Teléfono Celular		
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)				Localidad	Código Postal

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
3	05/09/16	Se actualizó formulario conforme requisitos vigentes.

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE (en los casos que corresponda)

Declaración Jurada Familiar en Guarda y/o Tutela. Vigencia de Guarda y/o Tutela			
Datos de la Guarda y / o Tutela			
Carátula	Juzgado Radicación	Localidad	Fecha de Otorgamiento
Datos de los menores bajo esta guarda			
Apellido/s	Nombres	Documento de Identidad	
Declaro Bajo Juramento y Bajo su absoluta Responsabilidad " que la guarda continúa vigente en todos sus efectos"			

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE (en los casos que corresponda)

Familiar Bajo Sistema de Apoyo / Curatela:			
Datos de la Causa			
Carátula	Juzgado Radicación	Localidad	Fecha de Otorgamiento
Datos de los menores bajo Sistema de Apoyo / Curatela			
Apellido/s	Nombres	Documento de Identidad	
Declaro Bajo Juramento y Bajo su absoluta Responsabilidad " que la Curatela / Apoyo continúa vigente en todos sus efectos"			

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE en todos los casos que solicite cobro de Asignaciones Familiares

Declaración Jurada Complementaria de Ingresos del Grupo Familiar, conforme Dto. 1460/12

OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE:			
Relación de Dependencia:	Denominación Empleador	CUIT Empleador	Ingreso Bruto Mensual
Jubilación / Pensión:	Organismo Prestador	CUIT Prestador	Ingreso Bruto Mensual
Independiente:	Renta de Referencia	Categoría	Ingreso Bruto Mensual
	AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTITA <input type="checkbox"/>		
INGRESOS DEL CÓNYUGE Y/O PROGENITOR:			
Apellido/s y Nombres completos		DNI	CUIL
Relación de Dependencia:	Denominación Empleador	CUIT Empleador	Ingreso Bruto Mensual
Jubilación / Pensión:	Organismo Prestador	CUIT Prestador	Ingreso Bruto Mensual
Independiente:	Renta de Referencia	Categoría	Ingreso Bruto Mensual
	AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTITA <input type="checkbox"/>		
INGRESOS DE OTRO/S INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR (EN CASO DE CORRESPONDER):			
Apellido/s y Nombres completos		DNI	CUIL
Relación de Dependencia:	Denominación Empleador	CUIT Empleador	Ingreso Bruto Mensual
Jubilación / Pensión:	Organismo Prestador	CUIT Prestador	Ingreso Bruto Mensual
Independiente:	Renta de Referencia	Categoría	Ingreso Bruto Mensual
	AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTITA <input type="checkbox"/>		

6	DECLARO BAJO JURAMENTO:
	<p>No percibir Asignación Familiar directamente de ANSeS ni de otro Organismo o Empresa. Tener a mi cargo a los familiares por los cuales solicito la Asignación. No estar percibiendo, el otro progenitor, Asignaciones Familiares directamente de ANSeS como de ningún otro Organismo o Empresa, por los cuales solicito la Asignación.</p> <p>OBSERVACIONES:..... </p>

7	DOCUMENTACIÓN QUE AGREGA:			
	Fotocopia DNI:	<input type="checkbox"/> del titular	<input type="checkbox"/> del cónyuge/progenitor	<input type="checkbox"/> del/los hijos
	Constancia CUIL:	<input type="checkbox"/> del titular	<input type="checkbox"/> del cónyuge/progenitor	<input type="checkbox"/> del/los hijos
	Certificado Negativo ANSeS:	<input type="checkbox"/> del titular	<input type="checkbox"/> del cónyuge/progenitor	<input type="checkbox"/> del/los hijos
	Constancia de otros Ingresos:	<input type="checkbox"/> del titular	<input type="checkbox"/> del cónyuge/progenitor	<input type="checkbox"/> del/los hijos
	Partida de Matrimonio del titular:	<input type="checkbox"/>		
	Partida de Nacimiento del/los hijos:	<input type="checkbox"/>		
	Testimonio de Vigencia de Guarda, Tutela o Curatela del/los hijos:	<input type="checkbox"/>		
	Testimonio de Sentencia de Adopción del/los hijos:	<input type="checkbox"/>		
	Certificado Único de Discapacidad – CUD del/los hijos:	<input type="checkbox"/>		
Certificado de Estudios del/los hijos:	<input type="checkbox"/>			
Carta Poder para Tramitar:	<input type="checkbox"/>			
Otro/s (Indicar cuál/es):.....				

Espacio para ser llenado exclusivamente por el solicitante

8	Firma del solicitante			
 Firma	ó	Impresión Dígito Pulgar Derecho Aclaración
			 Lugar y Fecha

IMPORTANTE: La omisión o falsedad en las presentes Declaraciones Juradas será pasible de la pena establecida en el Art. 293 del Código Penal.

Artículo 293: "Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años al que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concerniente a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario Certificante

9	CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)			
	Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 y 8 son copia fiel del / los obrante/s en el / los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la firma o Impresión Dígito Pulgar del recuadro 8 fue colocada en mi presencia.			
 Lugar y Fecha Sello del área Firma Aclaración y Cargo o Sello
(**) Únicamente podrán certificar Agentes del IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz, Autoridad Consular competente, Escribano con registro, Autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales, Autoridades Gremiales y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales y Municipales o Privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de Salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su Dirección.				

ANEXO 1

SOLICITA ASIGNACIÓN POR CÓNYUGE

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

DATOS DEL CÓNYUGE												
Tipo de Presentación: <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> BAJA												
Apellido/s y Nombres completos						DNI			CUIL			
Trabaja en Relación Dependencia: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Fecha de Nacimiento			Fecha de Casamiento			Fecha de Fallecimiento		
Es jubilado o Percibe otro Beneficio: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Reside en el País: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Profesión				Capacidad Restringida			Necesita Curador/Apoyo			Cuil Curador		
				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Domicilio real								Localidad				

ANEXO 2

SOLICITA ASIGNACIÓN POR HIJO Y/O AYUDA ESCOLAR

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

DATOS DEL HIJO												
Tipo de Presentación: <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> BAJA												
Apellido/s y Nombres completos						DNI			CUIL			
Trabaja en Relación Dependencia: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Fecha de Nacimiento			Fecha de Casamiento			Fecha de Fallecimiento		
Es pensionado o Percibe otro Benef: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Reside en el País: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Certificado de Estudios		Cuil Otro Progenitor		Capacidad Restringida			Necesita Curador/Apoyo			Cuil Curador		
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Domicilio real							Localidad					

IMPORTANTE: Se deberá completar un cuadro por hijo (Por los que se solicita la asignación o bien se pida la baja).