

TITULO : <p style="text-align: center;">SOLICITUD DE JUBILACIÓN ORDINARIA, INVALIDEZ, EDAD AVANZADA (Decreto-Ley N° 9650/80)</p>	Código: E-136 Revisión: 18 Confección: G.M. Vigencia: 01/02/17 Página: 1 de 4
--	--

SOLICITUD N° FECHA de de

BENEFICIO SOLICITADO:	JUBILACIÓN	<input type="checkbox"/> Ordinaria	<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada
------------------------------	-------------------	------------------------------------	------------------------------------	--

MODALIDAD	<input type="checkbox"/> Con Cese Definitivo	<input type="checkbox"/> Cierre de Cómputos
------------------	--	---

(Marcar con una X lo que corresponda)

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

DATOS DEL SOLICITANTE					
Apellido/s	Nombres		CUIL	FECHA ÚLTIMO CESE	
Fecha de Nacimiento	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	
	<input type="checkbox"/> Viudo/a			N°..... Secretaría	
	<input type="checkbox"/> Conviviente				
<input type="checkbox"/> Capacidad Restringida		<input type="checkbox"/> Sistema de Apoyo		<input type="checkbox"/> Necesita Curador. En éstos últimos casos deberá completar el cuadro N° 9	

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	

"TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS"

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
18	01/02/17	Se eliminaron cuadros referentes a solicitud de Asignación Familiar (Se solicita con formulario E-109)

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN							
Ape llido/s y Nombres completos	Incapacitado	Otro Benefic io	Parentesco	CUIL	Fecha de Nacim		
					Día	Mes	Año
3		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

4 **OBSERVACIONES:**

PERCIBIRÁ EN EL BANCO:**SUCURSAL:**
IMPORTANTE: En caso de solicitar percibir en el exterior del país, deberá tener presente el requisito de acreditación de supervivencia comunicado en nuestra WEB institucional.

Deberá ser aceptado o no y llenado por el SOLICITANTE

5 **Declaración Jurada Impuesto a las Ganancias (Opción)** Acepto No Acepto

IMPUESTO A LAS GANANCIAS Informamos que de corresponder el cobro de haberes retroactivos, los mismos podrían estar sujetos a retención del impuesto a las ganancias. En tal caso Usted puede efectuar la opción que establece el Art. 18 de la Ley 20628 (T.O. 1986 y modificatorias) y en caso de ser aplicable, no se efectuará tal retención o la misma se reducirá conforme a la mencionada ley, a partir del mes siguiente al del cobro del retroactivo respectivo.

OPCIÓN:
 Conforme a lo informado precedentemente notifico que en caso de percibir haberes retroactivos, EFECTÚO la opción de imputación prevista en el segundo párrafo del inciso b) del Art. 18 de la Ley de Impuesto a las Ganancias N° 20628 (T.O. 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este Beneficiario.

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

6 **Declaración Jurada - No tiene otra actividad, No posee otro beneficio, Percibe o No Anticipo Jubilatorio**

Trabaja en otros servicios distintos a los que trae para obtener el beneficio jubilatorio? SI NO

En caso afirmativo: ¿Desde qué fecha?

Trabaja en Relación de Dependencia Trabaja en forma Independiente

** En caso de relación de Dependencia, Indicar la actividad que actualmente desempeña o cargo electivo, mencionando repartición y calidad de los servicios (comunes/docentes):

A su vez, quien suscribe declara BAJO JURAMENTO

1º.- Que se compromete a comunicar expresamente y por escrito a este Instituto de Previsión Social, en el expediente que tramita el beneficio previsional, dentro de los primeros treinta (30) días de reingreso a la actividad.

2º.- Que **no posee beneficio ni gestionará trámite jubilatorio** ante ninguna de las Cajas adheridas al sistema de reciprocidad por Decreto - Ley 9.316/46.

3º.- Que en el marco de la ley 12.950 y modif. PERCIBE NO PERCIBE Anticipo Jubilatorio otorgado por el empleador
 (En caso afirmativo, indicar empleador):

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE según corresponda

Declaración Jurada Servicios con Aportes en otras Cajas (Que no sea IPS)

Por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO conocer los términos del Art. 168 de la Ley 24.241 y que los servicios detallados a continuación fueron todos los desempeñados por mí con aportes en los distintos Regímenes de Previsión, en Organismos Nacionales, Provinciales, Municipales, Cajas de Profesionales, de las Fuerzas Armadas, Policiales o Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones Públicas o Privadas.

Que en el caso de omisión de actividades, de la que pudiera resultar la NULIDAD del derecho por el Instituto de Previsión Social de la Provincia, ACEPTO REINTEGRAR, del modo que el Organismo determine, los cargos que resulten por tal consecuencia.

SERVICIOS DESEMPEÑADOS EN OTRAS ENTIDADES PREVISIONALES

N° Expediente	Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

Observaciones:

Deberá ser llenado de manera OPCIONAL por el SOLICITANTE completando todos los datos requeridos:

Solicita Cargo de Mayor Jerarquía, trabajado durante 36 meses consecutivos / 60 alternados

Denominación del Cargo:

Periodo en que trabajó:

ORGANISMO / ENTE / REPARTICIÓN:

ACOMPaña Documentación: SÍ NO

Deberá ser llenado por el CURADOR o APOYO en los casos que corresponda

Sistema de Apoyo / Curatela

Datos de la Causa:

Carátula	Juzgado de Radicación	Localidad

Datos del Curador / Apoyo

Apellido/s	Nombres	CUIL

DECLARO BAJO JURAMENTO "que la curatela / apoyo continúa vigente en todos sus efectos" y agrega:

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".

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

10	Firma del SOLICITANTE
	<p>Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:</p>

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del IPS

11	CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE							
	<p>Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 y 10 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 en el recuadro 10 fueron colocada en mi presencia.</p>							
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">.....</td> <td style="width: 25%; border: none;">.....</td> <td style="width: 25%; border: none;">.....</td> <td style="width: 25%; border: none;">.....</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Lugar y Fecha</td> <td style="border: none; text-align: center;">Sello del área</td> <td style="border: none; text-align: center;">Firma</td> <td style="border: none; text-align: center;">Aclaración y Cargo</td> </tr> </table> <p>(**) 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.</p>	Lugar y Fecha	Sello del área	Firma
.....					
Lugar y Fecha	Sello del área	Firma	Aclaración y Cargo					

"TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS"