

TITULO : SOLICITUD DE JUBILACIÓN AUTOMÁTICA DOCENTE (JAD) (Decreto-Ley N° 9650/80)	Código: E-139 Revisión: 11 Confecionó: G.M. Vigencia: 03/02/17 Página: 1 de 5
---	--

SOLICITUD N° FECHA de de

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

Marcar con una X, según corresponda y completar **ANEXO 1** Cargo de Mayor Jerarquía (Hoja N° 5).

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="text"/>	Doc Extr <input type="text"/>	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: 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="text"/>			Doc Extr <input type="text"/>	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
11	03/02/17	Se actualizó el formulario, se agregó nuevo cuadro N° 6 y se eliminaron cuadros de Asign .Fliares.

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

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

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.**

Trabaja en otros servicios distintos a los que trae para obtener el beneficio jubilatorio? SÍ 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

1°.- 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.

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

"TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS"

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE EN CASO según corresponda

Declaración Jurada Servicios con Apoyos 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 tabonsecuencia.

SERVICIOS DESEMPEÑADOS EN OTRAS ENTIDADES PREVISIONALES

Nº Expediente	Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

Observaciones:

.....

Deberá ser aceptado o no y llenado por el SOLICITANTE

Declaración Jurada Jubilación Automática Docente Acepto No Acepto

Quien suscribe solicita la JUBILACIÓN TRANSITORIA DOCENTE de acuerdo lo establecido en Resoluciones 18/06 y 14/11 del Honorable Directorio del Instituto de Previsión Social.

A tal fin declara BAJO JURAMENTO

1. Aceptar el pago anticipado de mi futuro beneficio conforme a las pautas y disposiciones de la Resolución 18/06 y complementarias del Honorable Directorio del Instituto de Previsión Social y del Decreto-Ley 9650/80 (T.O. Decreto 600/94).
2. No percibir beneficio alguno en concepto de anticipo otorgado por el Empleador.
3. Comprometerme a adjuntar la certificación de servicios (código jubilatorio) una vez finalizado el trámite en la repartición empleadora.
4. Que los servicios detallados en la renuncia presentada ante estas autoridades fueron efectivamente desempeñados por quien suscribe como Causante.
5. El pago transitorio que se percibirá no generará derecho a reclamo de ninguna índole, hasta el dictado del acto resolutorio definitivo.
6. En el caso de existir diferencias en mi contra autorizo al Instituto de Previsión Social para que proceda a su recupero descontando un 20% de mis haberes hasta la cancelación total de la deuda que se registre.

Deberá ser llenado por el CURADORo 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:

Deberá ser llenado en todos los casos 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 (**)			
	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.			

	Lugar y Fecha	Sello del área	Firma	Aclaración y Cargo
(**) 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.				

IMPORTANTE: La omisión o falsedad en las presentes Declarac. 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".

ANEXO 1

Declaración Jurada Cargo de Mayor Jerarquía

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

1.- DESCRIPCIÓN del CARGO

Denominación del Cargo: Antigüedad: años

Cantidad de Horas Cátedra ó Módulos: (llenar en caso de ser Profesor)

ESTABLECIMIENTO:

Nombre: Rama:

Cantidad de Secciones o Turnos:

Categoría:

1ra	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

2da	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

3ra	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

BONIFICACIONES

RURALIDAD SI NO Resolución N° % Desde

--	--	--

 Hasta

--	--	--

DOBLE ESCOLARIDAD: SI NO Resolución N°

EDUCACIÓN CARCELARIA: SI NO

EXTENSIÓN HORARIA: SI NO (Adjuntar certificado)

PERIODO DE DESEMPEÑO DEL CARGO:

Del/...../.....	al/...../.....
Del/...../.....	al/...../.....
Del/...../.....	al/...../.....

IMPORTANTE: Se deberá completar un cuadro por cargo, según corresponda.