

<b>TITULO :</b>  <h2 style="text-align: center;">SOLICITUD DE REAJUSTE</h2>	<b>Código:</b> E-186 <b>Revisión:</b> 8 <b>Confeccionó:</b> G.M. <b>Vigencia:</b> 22/07/16 <b>Página:</b> 1 de 2
---	--

SOLICITUD N°  FECHA  de  de

<b>REAJUSTESOLICITADO:</b>	<b>JUBILACIÓN</b> <input type="checkbox"/>	<b>PENSIÓN</b> <input type="checkbox"/>
----------------------------	--	---

(Marcar con una X lo que corresponda)

EXPEDIENTE ORIGINAL N°

*Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE*

DATOS DEL BENEFICIARIO					
<b>Apellido/s</b>	<b>Nombres</b>		<b>CUIL</b>	<b>FECHA CESEREAJUSTE</b>	
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>DNI</b> <input type="checkbox"/>	<b>Doc Extr</b> <input type="checkbox"/>	<b>Mail</b> (*)	<b>Teléfono Fijo</b>	<b>Teléfono Celular</b>
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
<b>Tipo de Beneficio</b>	<b>N° de Beneficio</b>	<b>En caso de pensión: N° de Beneficio del Causante</b>			
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>			
<b>Domicilio real</b>				<b>Localidad</b>	
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>				<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	
<b>Código Postal</b>	<b>Partido</b>	<b>Provincia</b>	<b>País</b>		
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)</b>			<b>Localidad</b>	<b>Código Postal</b>	
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>			<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	

(\*) 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					
<b>Relación:</b>					
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"/>					
<b>Apellido/s</b>	<b>Nombres</b>		<b>CUIL/CUIT</b>		
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>DNI</b> <input type="checkbox"/>	<b>Doc Extr</b> <input type="checkbox"/>	<b>Mail</b> (*)	<b>Teléfono Fijo</b>	<b>Teléfono Celular</b>	
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	
<b>Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)</b>			<b>Localidad</b>	<b>Código Postal</b>	
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>			<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	

**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".

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
8	22/07/16	Se modificó logo y se actualizó formulario

*Deberá ser aceptado o no y llenado por el BENEFICIARIO*

Declaración Jurada Impuesto a las Ganancias (Opción)		Acepto	No Acepto
3	<p><b>IMPUESTO A LAS GANANCIAS</b> 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.</p> <p><b>OPCIÓN:</b>  <b>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 Nº 20628 (T.O. 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este Beneficiario.</b></p>		

*Deberá ser llenado por el BENEFICIARIO/APODERADO*

Firma del BENEFICIARIO/APODERADO	
4	<p>Firma: ..... Aclaración: ..... Lugar y Fecha: .....</p>

*Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del IPS*

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)	
5	<p>Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 y 4 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 4 fueron colocada en mi presencia.</p>
	<p>.....  Lugar y Fecha                      Sello del área                      Firma                      Aclaración y Cargo</p> <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>

**"TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS"**