

SOLICITUD DE PENSIÓN AUTOMÁTICA DOCENTE (PAD)

Vigencia 3/2/17
hoja 1 de 5

Fecha..... de de.....

SOLICITUD N°:

Marcar con una X, según corresponda y completar **anexo 1** cargo de mayor jerarquía (hoja N°5)

BENEFICIO SOLICITADO: PENSIÓN DERIVADA PENSIÓN DIRECTA

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido/s Nombre/s CUIL

Fecha de Nacimiento DNI Doc.Extr. 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)

Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente Separado/a legalmente o Divorciado/a

Desde...../...../.....Acción judicial iniciada ante juzgado N°.....Secretaría.....
(Completar solo en el caso de tildar "Separado/a legalmente o Divorciado/a".)

Capacidad restringida Sistema de apoyo Necesita curador En estos últimos casos deberá completar el punto N°3

(*) En caso de solicitud por conviviente, solo corresponde inicio por este tipo de trámite cuando se lo haga conjuntamente con menores que tengan derecho al beneficio.

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

2. DATOS DEL CAUSANTE

Apellido/s Nombres

Fecha de Nacimiento Fecha de Defunción DU CUIL

Domicilio real Localidad Código Postal

Estado civil (Indicarlo con una X donde corresponda)

Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente Separado/a legalmente o Divorciado/a

Desde...../...../.....Acción judicial iniciada ante juzgado N°.....Secretaría.....

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

3. DATOS DEL APODERADO

Relación: Abogado Agrega IUS Delegado Gestor Familiar hasta 4° grado de consanguinidad

Apellido/s Nombres CUIL/CUIT

DNI Doc. Extr. Mail (*) Teléfono Fijo Teléfono Celular

Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto- Ley 7647/70 - Arts. 24, 25 26 y 27) (*) Localidad Código Postal

Deberá ser llenado en todos los casos por el/la 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 nuestro sitio web institucional.

Deberá ser aceptado o no y llenado por el/la 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 puede efectuar la opción que establece el Artículo 18 de la Ley 20628 (TO 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 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 (TO 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este beneficiario.

Deberá ser llenado por el/la SOLICITANTE en calidad de hijo a cargo, mayor, soltero y estudiante (hasta 25 años) que no trabaje

6. DECLARACIÓN JURADA ACREDITACIÓN DE ESTUDIOS SECUNDARIOS, TERCARIOS O UNIVERSITARIOS

1- Desempeña alguna actividad remunerada: SI NO ¿Desde que fecha?

2- Percibe jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva SI NO

3- Cursa estudios regularmente. SI NO en caso afirmativo deberá acompañar certificado de alumno regular.

4- Establecimiento donde cursa:.....

5- Estado civil.....Nacionalidad.....

Deberá ser llenado en todos los casos por el/la SOLICITANTE

7. DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER REALIZADO EXTRACCIONES INDEBIDAS

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No haber realizado extracciones de dinero de la cuenta de haberes previsionales del causante con fecha posterior a su fallecimiento.
En caso de existir deuda en cabeza del causante (jubilado) o diferencias entre depósitos efectuados e importes devueltos por la entidad bancaria, acepto la afectación de mi haber en un veinte por ciento (20%) hasta cancelación definitiva de la deuda.

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE según corresponda

8. Declaración Jurada servicios con aportes en otras cajas (que no sea IPS)

Por la presente declaro BAJO JURAMENTO: conocer los terminos 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 de Buenos Aires, **acepto reintegrar**, del modo que el organismo determine, los cargos que resulten por tal competencia.

Servicios desempeñados en otras entidades previsionales

Nº de expediente	Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

Observaciones.....

Deberá ser aceptado o no y llenado por el BENEFICIARIO

9. DECLARACIÓN JURADA PENSIÓN AUTOMÁTICA DOCENTE

Acepto

No acepto

Quien suscribe solicita PENSIÓN AUTOMÁTICA DOCENTE de acuerdo a 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°.- Comprometerme a adjuntar la certificación de servicios (código jubilatorio) una vez finalizado el trámite en la repartición empleadora.
- 3°.- Que los servicios detallados en la renuncia presentada ante estas autoridades fueron efectivamente desempeñados por quien suscribe como Causante.
- 4°.- Se comprometo a la devolución de lo percibido en concepto de anticipo, en tiempo y forma, que el Instituto de Previsión Social lo establezca, en el supuesto que el trámite petitionado concluya en una denegatoria.
- 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.

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, concierne a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

"TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS"

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

10. Declaración Jurada de vigencia de guarda y / o tutela del menor por quien solicita el beneficio

Datos de la causa

Carátula	Juzgado Radicación	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos del tutor / guardador

Apellido/s	Nombre/s	CUIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro bajo juramento y bajo su absoluta responsabilidad "que la guarda continúa vigente en todos sus efectos y agrega.....

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

11. Sistema de apoyo / curatela

Datos de la Causa

Carátula	Juzgado de Radicación	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos del Curador

Apellido/s	Nombre/s	CUIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro bajo juramento y bajo su absoluta responsabilidad "que la guarda continúa vigente en todos sus efectos y agrega.....

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

12. Firma del solicitante

.....
Firma	Aclaración	Lugar y fecha

Espacio para ser llenado exclusivamente por funcionario del IPS

13. Certificación de identidad y firma por autoridad competente

Certifico que los datos consignados en los puntos 1, 2, 3 y 12 son copia fiel del / los obrante/s en el / los documentos de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la firma o impresión dígito pulgar del punto 12, 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

Declaración Jurada Cargo de Mayor Jerarquía

Deber ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

1.- Descripción del cargo

Denominación del Cargo: Antigüedad:años

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

ESTABLECIMIENTO

Nombre: Rama:

Cantidad de Secciones o Turnos:

Categoría:

1ra	
-----	--

2da	
-----	--

3ra	
-----	--

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.