

SOLICITUD DE BENEFICIO POR LEYES ESPECIALES

(Excepto los beneficios de la Ley 5675)

Vigencia: 03/02/16

SOLICITUD N° Fecha de de

TIPO DE PRESTACIÓN SOLICITADA (Marcar con una X lo que corresponda)

JUBILACIÓN PENSIÓN LEY

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

Deberá ser llenado en todos los casos por el BENEFICIARIO o por el SOLICITANTE en caso de Pensión con los datos del CAUSANTE en éste último caso.

1. DATOS DEL BENEFICIARIO / CAUSANTE:

Apellido/s		Nombre/s			CUIL	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>	
DNI	Fecha de Nacimiento	Mail	Teléfono 1		Teléfono 2	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Domicilio constituido	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

ESTADO CIVIL (Marcar con una X lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Soltero/ a <input type="checkbox"/> Casado/ a <input type="checkbox"/> Viudo/ a <input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Separado/ a de hecho Desde/...../..... Autoridad ante quien formuló la demanda
<input type="checkbox"/> Separado/ a legalmente o Divorciado/ a	Desde/...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado N°.....Secretaría.....

2. DATOS DEL APODERADO (Este espacio debe ser llenado sólo si corresponde)

Apellido/s		Nombre/s			CUIL / CUIT	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>	
DNI	Mail		Teléfono 1		Teléfono 2	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

3. FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN

Apellido/s	Nombre/s	Parentesco	Fecha de Nacimiento
			/ /
			/ /
			/ /

Apellido/s	Nombre/s	Parentesco	Fecha de Nacimiento
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

4. Deberá ser llenado en todos los casos por el **BENEFICIARIO** o por el **SOLICITANTE**.

OBSERVACIONES:

PERCIBIRÁ EN EL BANCO:SUCURSAL.....

5. DATOS DEL DERECHOHABIENTE 1

Apellido/s Nombre/s CUIL

DNI Fecha de Nacimiento Mail Teléfono 1 Teléfono 2

Domicilio: Calle N° Piso Dpto Localidad Provincia Cód. Postal

Domicilio constituido N° Piso Dpto Localidad Provincia Cód. Postal

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Parentesco con el Fallecido:

5. DATOS DEL DERECHOHABIENTE 2

Apellido/s Nombre/s CUIL

DNI Fecha de Nacimiento Mail Teléfono 1 Teléfono 2

Domicilio: Calle N° Piso Dpto Localidad Provincia Cód. Postal

Domicilio constituido N° Piso Dpto Localidad Provincia Cód. Postal

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Parentesco con el Fallecido:

5. DATOS DEL DERECHOHABIENTE 3

Apellido/s Nombre/s CUIL

DNI Fecha de Nacimiento Mail Teléfono 1 Teléfono 2

Domicilio: Calle N° Piso Dpto Localidad Provincia Cód. Postal

Domicilio constituido N° Piso Dpto Localidad Provincia Cód. Postal

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Parentesco con el Fallecido:

5. DATOS DEL DERECHOHABIENTE 4

Apellido/s		Nombre/s			CUIL		
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		
DNI	Fecha de Nacimiento	Mail		Teléfono 1	Teléfono 2		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio constituido	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Parentesco con el Fallecido:

5. DATOS DEL DERECHOHABIENTE 5

Apellido/s		Nombre/s			CUIL		
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		
DNI	Fecha de Nacimiento	Mail		Teléfono 1	Teléfono 2		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio constituido	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Parentesco con el Fallecido:

Deberá ser llenado en todos los casos por el **BENEFICIARIO** solo en caso de corresponder

6. DECLARACIÓN JURADA Art.13 ° - Ley 12.006/97

Artículo 13 °.- (Texto según Ley 13324) El beneficio creado por la presente será compatible con el desempeño de cualquier actividad remunerada, jubilación o pensión nacional, provincial o municipal sin limitación alguna, a excepción de beneficios equivalentes al de esta Ley, que le hubiere sido otorgado a cualesquiera de las personas enunciadas en el artículo 1º, por alguna otra Provincia de la República o por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

(Marcar con X lo que corresponda)

Percibo un beneficio equivalente al de esta Ley SI NO

Beneficio Nacional SI NO Tipo de Beneficio:

Beneficio Provincial SI NO Provincia de:

Beneficio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires SI NO

Vigencia: 03/02/16

Deberá ser llenado en todos los casos por el **BENEFICIARIO** solo en caso de corresponder

7. DECLARACIÓN JURADA Art.9 ° - Ley 14.486/12

Artículo 9°: El beneficio creado por la presente será compatible con el desempeño de cualquier actividad remunerada, jubilación o pensión nacional, provincial o municipal sin limitación alguna, excepto el estar acogido a la Ley N° 12.006 y modificatorias a beneficios equivalentes al de esta Ley, que le hubiere sido otorgado a cualesquiera de las personas enunciadas en el artículo 1°, por alguna otra provincia de la república o por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Declaro bajo juramento que:
(Marcar con una X lo que corresponda)

Percibo un beneficio equivalente al de esta Ley SI NO

Beneficio Nacional SI NO Tipo de Beneficio:

Beneficio Provincial SI NO Provincia de:

Beneficio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires SI NO

Deberá ser llenado en todos los casos por el **BENEFICIARIO** solo en caso de corresponder

8. DECLARACIÓN JURADA SEGÚN LEY 14.486/12 DE NO PRECEPCIÓN SEGÚN LEY 12.006 O RENUNCIA AL MISMO EN CASO DE PERCIBIRLO

Artículo 2°: Corresponderá el beneficio creado en el artículo 1°, a los Ex Soldados Conscriptos Combatientes y Civiles que acrediten los siguientes requisitos:

Inciso C)°: No ser beneficiario de la Ley N° 12.006 y modificatorias o, en caso contrario, haber renunciado a ser beneficiario de dicha norma ante el órgano de aplicación, el cual se hará efectivo recién el momento de percibir el primer cobro del beneficio instituido en el artículo 1° de la presente Ley.

Declaro bajo juramento que: (Marcar con una X lo que corresponda)

Percibo el beneficio establecido por Ley 12.006: SI NO

En caso afirmativo:

Renuncio al beneficio establecido por Ley 12.006: SI NO

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

9. 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.8 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 Impuestos 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.

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".

Vigencia: 03/02/16

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

10. FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:

Espacio para ser llenado exclusivamente por funcionarios del IPS

11. CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)

Certifico que los datos consignados en los puntos 1, 2, 5 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 punto 10 fue 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.