

SOLICITUD DE REAJUSTE

Vigencia: 22/07/16

MODALIDAD

Con cese definitivo Con Cierre de Cómputos Fecha / /

SOLICITUD N° Fecha de de

REAJUSTE SOLICITADO: JUBILACIÓN PENSIÓN

(Marcar con una X lo que corresponda)

EXPEDIENTE ORIGINAL N°:.....

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

1. DATOS DEL BENEFICIARIO / CAUSANTE:

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"/>	<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)

(*) 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.

2. DATOS DEL APODERADO (Este espacio debe ser llenado con los datos del Apoderado para tramitar, sólo si corresponde)

Relación: Abogado Agrega IUS Delegado Gestor Fliar. hasta 4º de Consanguinidad

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

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: 22/07/16

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

3. 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.

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

4. FIRMA DEL BENEFICIARIO/APODERADO

Firma: Aclaración:Lugar y Fecha:.....

Espacio para ser llenado exclusivamente por funcionarios del IPS

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

Certifico que los datos consignados en los puntos 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 punto 4 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.