

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR RECIPROCIDAD (Dec-Ley 9820/82)

(Formulario unificado con ANSeS y Cajas Profesionales)

Vigencia: 22/02/16

SOLICITUD N° Fecha de de

1. TIPO DE PRESTACIÓN SOLICITADA

- JUBILACIÓN Ordinaria por Reciprocidad Extraordinaria por Reciprocidad
PENSIÓN Pensión por Reciprocidad
RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS por Reciprocidad

CARÁCTER EN QUE LA SOLICITA: (Marcar con una X lo que corresponda)

- Afiliado /a Titular
 Cónyuge o Conviviente del / (de la) Fallecido /a
 Hijo/s Solicitante /s

2. DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellido/s	Nombre/s	CUIL				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
DNI <input type="checkbox"/> Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Domicilio: Calle	N°	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio constituido	N°	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Teléfono 1	Teléfono 2				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
N° Legajo en la Caja Profesional del (de la) afiliado / a titular						
<input type="text"/>						

Vigencia: 22/02/16

ESTADO CIVIL (Marcar con una X lo que 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"/> Viudo/ a		
<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Separado/ a legalmente o Divorciado/ a	Desde/...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado N°.....Secretaría.....

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

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"/>				

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

3. DECLARACIONES JURADAS:

Se encuentra gozando de algún otro beneficio previsional ? **SI** **NO**

En caso afirmativo, otorgado por:

Declaración Jurada Servicios con Aportes 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 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 tal consecuencia.

SERVICIOS DESEMPEÑADOS EN OTRAS ENTIDADES PREVISIONALES

Caja	Empleador	Tarea / Cargo	Código	Desde	Hasta

Observaciones:

.....

DECLARACIÓN JURADAS PARA PERCEPCIÓN DE ASIGNACIONES FAMILIARES

Quien suscribe declara BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- No percibir Asignación Familiar directamente de ANSeS ni de otro organismo o empresa.
- Tener a mi cargo a mis hijos.
- No estar percibiendo el otro progenitor Asignaciones Familiares directamente de ANSeS ni de otro organismo o empresa.

A) Datos de la Persona por la cual el Beneficiario solicita "ASIGNACIÓN FAMILIAR POR CÓNYUGE"

Apellido/s	Nombre/s	Profesión
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reside en el País ?	Trabaja actualmente en relación de dependencia ?	Es jubilado/ a o tiene otro beneficio ?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

B) Datos de la/s persona por la/s cual/es el Beneficiario solicita "ASIGNACIÓN FAMILIAR POR HIJO/ HIJO DISCAPACITADO"

Apellido/s	Nombres	Fecha de nacimiento	CUIL de los hijos	CUIL del otro progenitor	¿Discapacidad?	¿Curatela? CUIL curador
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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".

4. FIRMA Y CERTIFICACIÓN:

Firma del BENEFICIARIO

Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:

Espacio para ser llenado exclusivamente por funcionarios del IPS

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

Certifico que los datos consignados en los puntos 2 y 3 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 3 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.