

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES (Decreto N° 1516/04)

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

(N° de CUIL - Orden Anual)

SOLICITUD N°:

vigencia 11/05/22
Hoja 1 de 5

ASIGNACIÓN SOLICITADA: Cónyuge Hijo menor Hijo incapacitado Ayuda escolar
 cantidad cantidad cantidad

Marcar con una X e indicar cantidad de asignaciones solicitadas, según corresponda y completar ANEXO 1 (Solicitud cónyuge - Hoja N° 4) y/o ANEXO 2 (Solicitud Hijo / Ayuda Escolar - Hoja N°5) según corresponda.

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

1. DATOS DEL SOLICITANTE

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".)

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

2. 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

(*) 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 Provincia. de Buenos Aires.

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

3. Declaración Jurada Familiar en Guarda y/o tutela. Vigencia de Guardia y/o Tutela

Datos de la Guarda y/o Tutela

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

Datos de los menores bajo esta guarda

Apellido/s	Nombre/s	Documento de Identidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

4. Familiar bajo sistema de apoyo/ Curatela

Datos de la Causa

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

Datos de los menores bajo sistema de apoyo / Curatela

Apellido/s	Nombre/s	Documento de Identidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declara bajo juramento y bajo su absoluta responsabilidad "que la Curatela / Apoyo continúa vigente en todos sus efectos"

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE (en todos los casos que solicite cobro de Asignaciones Familiares)

5. Declaración Jurada complementaria de ingresos del grupo familiar conforme decreto 1460/12

Otros ingresos del declarante:

Relación de dependencia	Denominación empleador	CUIT empleador	Ingreso bruto mensual
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jubilación /Pensión	Organismo prestador	CUIT prestador	Ingreso bruto mensual
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Independiente	Renta de referencia	Categoría	Ingreso bruto mensual
	Autónomo <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ingresos del cónyuge y/o progenitor:

Apellido/s y nombres completos	DNI	CUIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de dependencia	Denominación empleador	CUIT empleador	Ingreso bruto mensual
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jubilación /Pensión	Organismo prestador	CUIT prestador	Ingreso bruto mensual
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Independiente	Renta de referencia	Categoría	Ingreso bruto mensual
	Autónomo <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ingresos de otros integrantes del grupo familiar (en caso de corresponder):

Apellido/s y nombres completos		DNI	CUIL
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación de dependencia	Denominación empleador	CUIT empleador	Ingreso bruto mensual
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jubilación /Pensión	Organismo prestador	CUIT prestador	Ingreso bruto mensual
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Independiente	Renta de referencia	Categoría	Ingreso bruto mensual
	Autónomo <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6-Declaro bajo juramento:

No percibir Asignación Familiar directamente de ANSeS ni de otro organismo o empresa.

Tener a mi cargo a los familiares por los cuales solicito la Asignación.

No estar percibiendo, el otro progenitor, Asignaciones Familiares directamente de ANSeS como de ningún otro organismo o empresa, por los cuales solicito la Asignación.

Observaciones:.....
.....

7-Documentación que agrega:

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Fotocopia DNI: | <input type="checkbox"/> | del titular | <input type="checkbox"/> | del cónyuge / progenitor | <input type="checkbox"/> | de los hijos |
| Constancia CUIL: | <input type="checkbox"/> | del titular | <input type="checkbox"/> | del cónyuge / progenitor | <input type="checkbox"/> | de los hijos |
| Certificado Negativo ANSeS: | <input type="checkbox"/> | del titular | <input type="checkbox"/> | del cónyuge / progenitor | <input type="checkbox"/> | de los hijos |
| Constancia de otros ingresos: | <input type="checkbox"/> | del titular | <input type="checkbox"/> | del cónyuge / progenitor | <input type="checkbox"/> | de los hijos |
| Acta de Matrimonio del titular: | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Partida de Nacimiento del / los hijos: | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Testimonio de vigencia de guarda, tutela o curatela del / los hijos: | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Testimonio de sentencia de adopción del / los hijos: | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Certificado único de discapacidad - CUD del /los hijos: | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Certificado de estudios del / los hijos: | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Carta poder para tramitar: | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Otro/s (indicar cual / es) | <input type="checkbox"/> | | | | | |

Espacio para ser llenado exclusivamente por el solicitante

8-Firma del solicitante

<p>.....ó</p> <p>Firma</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Impresión Dígito Pulgar Derecho</p> </div>	<p>.....</p> <p>Aclaración</p>	<p>.....</p> <p>Lugar y fecha</p>
----------------------------	--	--------------------------------	-----------------------------------

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 hiciese insertar en un instrumento público, declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio"

Anexo 2

Solicita asignación por hijo y/o ayuda escolar

Deberá ser llenado en todos los casos por el solicitante

11-Datos del hijo

Tipo de presentación: Alta Renovación Baja

Apellido/s y nombres completos			DNI			CUIL		
Trabaja en relación de dependencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Fecha de nacimiento			Fecha de fallecimiento		
Es pensionado o percibe otro beneficio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Certificado de estudios	CUIL otro progenitor	Capacidad restringida	Necesita curador / apoyo			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"/>					
Domicilio real						Localidad		

Importante: Se deberá completar un cuadro por hijo (Por los que se solicita la asignación o bien se pida la baja)