

## SOLICITUD DE ACOGIMIENTO A LA LEY 15.382

Vigencia: diciembre de 2022  
hoja 1 de 2

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

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

### 1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido/s		Nombre/s		CUIL	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento	DNI <input type="checkbox"/>	Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	Mail (*)	Teléfono fijo	Teléfono celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de beneficio	Expediente N°				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Domicilio real				Localidad	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
Código Postal	Partido	Provincia	País		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto- Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26, y 27) (*)				Localidad	Código Postal
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*) 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.

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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DNI <input type="checkbox"/>	Doc. Extr. <input type="checkbox"/>	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto- Ley 7647/70 - Arts. 24, 25 26 y 27) (*)				Localidad	Código Postal
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3. Firma del BENEFICIARIO / APODERADO

Firma:.....Aclaración:.....Lugar y Fecha.....

Espacio para ser llenado exclusivamente por funcionario del IPS

### 7. CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (\*\*)

Certifico que los datos consignados en los recuadros 1 y 2 son copia fiel del / los obrante/s en el documento/s de identidad que en cada caso se indique

tuve a la vista y que la firma en el recuadro 3 fueron colocados 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.