



Form.
PS.6.18

Solicitud de Prestaciones Previsionales

Frente

1 - Tipo de Prestación Solicitada

<input type="checkbox"/> Prestación Básica Universal-PC-PAP	<input type="checkbox"/> Retiro por Invalidez
<input type="checkbox"/> Prestación Por Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> PEA Por Invalidez
<input type="checkbox"/> Pensión por Fallecimiento de un jubilado	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Pensión por fallecimiento de un afiliado en actividad	<input type="checkbox"/> Reconocimiento de servicios: Para

N° de CUIT/CUIL
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

2 - Identificación del Afiliado

Apellido y Nombre/s			Fecha de Nacimiento		
Domicilio			Número	Piso	Dpto.
Localidad - Provincia			País		Cód. Postal
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°	CI N°	Expedida por	Nacionalidad	Teléfono	
Fecha de ingreso al país	Comprobado con	Reside en el país	Trabaja en relación de dependencia?	Percibe asignaciones p/ otro :	
_ _ _ _ _		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presenta certificado de pluricobertura	Tiene otro beneficio?		Opción por el régimen mas beneficioso		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opto por:		
Fecha de Fallecimiento	Parentesco				
_ _ _ _ _					

03-Identificación Cónyuge o Conviviente

Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/ CUIL			
Domicilio		Número	Piso	Dpto.	
Localidad - Provincia		País		Cód. Postal	
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°	CI N°	Expedida por	Nacionalidad	Teléfono	
Trabaja en relación de dependencia?	Percibe asignaciones p/otro sistema?	Tiene Embargo?	Reside en el País	Poseen hijos en común?	
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"/>

04 - Designación de Apoderado para : Tramitar y/o Percibir o Tutor/curador

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°	CI N°	Expedida por	Parentesco con el causante	N° de Carpeta Gestor	
Si es profesional Indicar Matrícula , Número, Tomo y Folio					
Domicilio			Número	Piso	Dpto.
Localidad - Provincia	Cód. Postal	Teléfono			

_____ Firma y Aclaración del Poderdante

_____ Firma y Aclaración del Apoderado

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente : Certifico que los datos personales del poderdante y apoderado consignados, son copia fiel del/ los obrantes en el /los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.”

Lugar y fechay Firma, Aclaración y Cargo

5 - Banco donde desea Percibir sus Haberes

--

06- Identificación: Hijo/s solicitantes

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		
Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL		
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente		

07. Detalle Cronológico de los Servicios Prestados por el Afiliado con o sin Relación de Dependencia, o indicación de Causales de Períodos de Inactividad desde el comienzo de la Relación Laboral hasta la Actualidad, y los que se declaran bajo juramento de Ley 24.241 Art. 38.

Empresa, Repartición, Empleador y/o Actividad por Cuenta Propia	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Se requiere la consideración de los servicios registrados en SIPA ante la ausencia de otra documentación
 Si No continúo en actividad a partir de fecha ____/____/____

08 Declaraciones Juradas para algunos beneficios:

• Jubilaciones

- Declaración Jurada Ley N° 24013:

Manifiesto bajo declaración jurada:

Si No haber solicitado la prestación por desempleo
(Marcar lo que corresponda)

En caso negativo, adquiero el compromiso de NO solicitarlo

• Pensiones

• DDJJ Artículo 1° de la Ley N° 17562

Atento lo requerido por el art 9 de la Res S.E.S.S. N° 121/76 tomo conocimiento por este acto de lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N° 17562 cuyos términos se transcriben: "NO" tendrán derecho a pensión:

1. El cónyuge que por su culpa o culpa de ambos estuviere divorciado o separado de hecho al momento de la muerte del causante,
2. Los causahabientes, en caso de indignidad para suceder o desheredación, de acuerdo con las disposiciones del Código Civil

En consecuencia declaro bajo juramento:

Si No Me encontraba separada /o de hecho de mi cónyuge al tiempo de su fallecimiento.

Si No Me encontraba separada /o judicialmente (Juzgado _____ Secretaria _____).

Si No Me encontraba separada /o judicialmente por mutuo consentimiento (art. 67 bis C.C.)
(Marcar lo que corresponda)

• Jubilaciones y pensiones:

Aceptación de Descuentos de Cuotas de Moratoria por acogimiento a Plan de cuotas Ley 24.476

Invocando el carácter de titular del presente trámite de _____

Si No formulo mi aceptación para que ANSES descunte las cuotas mensuales del plan de regularización de la deuda por el que opté, cuyo vencimiento no se hubiera operado a la fecha del inicio de ésta prestación y hasta el vencimiento de la última cuota del mencionado plan, aunque los importes de dichas cuotas superen el límite del 20%, todo ello de conformidad a lo dispuesto en el inciso d) del artículo 14 de la Ley N° 24.241, cuando en razón del monto total de la deuda y el plazo de duración del plan de moratoria, así lo determine.
(Marcar lo que corresponda)

• Asignacion de Obra Social:

Solicito la asignación de la siguiente obra Social:

1. Agentes provenientes de Org.Pciales: Obra Social Provincial _____
2. Empleados Municipales Ob.S.BA
3. Fuerzas Armadas y de Seguridad INSSJ y P D.I.B.A Di.B.P.F.A. I.O.S.E
4. No incluidos en 1.2 o 3 : INSS J y P

• Adicional por Domicilio en Zona Austral

Si No Solicito el pago del Adicional por Zona Austral declarando conocer las disposiciones vigentes.

Me comprometo a comunicar cualquier cambio de domicilio fuera de la zona comprendida, dentro de los (30) días de producido el mismo,
(Marcar lo que corresponda)

09 - ASIGNACIONES FAMILIARES

¿Solicita AA.FF? Si No

¿Con Retroactivo? Si No

“Las AA.FF. serán liquidadas de acuerdo a las cargas familiares ACREDITADAS en el sistema ADP”

10 - DOCUMENTACION RELATIVA A CONVENIOS INTERNACIONALES

Acompaña Solicitud de Prestación Conforme al Convenio

Adjunta Documentación Complementaria (Detalle)

11 - ESPACIO RESERVADO PARA EL ORGANISMO/ENTIDAD EMISOR/A

12 - OBSERVACIONES

El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Lugar y Fecha _____, ___/___/___

Firma y Aclaración del Solicitante

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Lugar y Fecha _____, ___/___/___

Firma, Aclaración y Cargo

Únicamente podrán certificar funcionarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez o Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con Registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, estos últimos, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.