

<b>TITULO :</b>  <p style="text-align: center;"><b><u>SOLICITUD DE BENEFICIO POR LEYES ESPECIALES</u></b> (Excepto los beneficios de la Ley 5675)</p>	Código: E-184 Revisión: 10 Confeccionó: L.A Vigencia: 03/02/16 Página: 1 de 5
---	---

**SOLICITUD N°**  FECHA:  de  de

<b>BENEFICIO SOLICITADO:</b>	<input type="checkbox"/> <b>PENSIÓN</b>	<input type="checkbox"/> <b>SUBSIDIO</b>	<input type="checkbox"/> <b>LEY</b>
------------------------------	---	--	-------------------------------------

(Marcar con una X lo que corresponda)

**(\*) 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.**

*Deberá ser llenado en todos los casos por el BENEFICIARIO o por el SOLICITANTE en caso de PENSIÓN con los datos del CAUSANTE en éste último caso.*

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO / CAUSANTE (Tachar lo que no corresponda)</b>							
Apellido/s				Nombres		CUIL/CUIT	
Fecha de Nacimiento		DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/>		Mail (*)		Teléfono Fijo	Teléfono Celular
		N°					
Domicilio Real				Localidad		Provincia	Código Postal
1 Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)							Código Postal
Estado Civil (Indicarlo con una X donde corresponda)		<input type="checkbox"/> Soltero/a		<input type="checkbox"/> Separado/a de hecho		Desde ...../...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado N°..... ..... Secretaria .....	
		<input type="checkbox"/> Casado/a					
		<input type="checkbox"/> Viudo/a		<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a			
		<input type="checkbox"/> Conviviente					

*Llenar con los datos del APODERADO sólo en caso de corresponder*

<b>DATOS DEL APODERADO</b>							
Apellido/s				Nombres		CUIL/CUIT	
DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/>		Mail (*)		Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
		N°					
2 Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)							Código Postal

*Deberá ser llenado en todos los casos por el BENEFICIARIO en caso de prestación original (no hace falta en el caso de PENSIÓN)*

<b>FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN</b>							
3 Apellido/s y Nombres completos				Parentesco		Fecha de Nacimiento	
						Día	Mes

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
10	03/02/16	♦ Actualización. Cambio de logo.

<b>3</b>	<b>Apellido/s y Nombres completos</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>		
			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>

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

<b>4</b>	OBSERVACIONES: .....
	PERCIBIRÁ EN EL BANCO: ..... SUCURSAL: .....

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE sólo en caso de PENSIÓN a DERECHOHABIENTE por Fallecimiento del BENEFICIARIO*

**DATOS DEL DERECHOHABIENTE 1**

<b>5</b>	Apellido/s		Nombres			CUIL/CUIT		
	Fecha de Nacimiento		DNI	LE	LC	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
			N°					
	Domicilio Real				Localidad	Provincia	Código Postal	
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)						Código Postal	
	Parentesco con el Fallecido:							

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE sólo en caso de PENSIÓN a DERECHOHABIENTE por Fallecimiento del BENEFICIARIO*

**DATOS DEL DERECHOHABIENTE 2**

<b>5</b>	Apellido/s		Nombres			CUIL/CUIT		
	Fecha de Nacimiento		DNI	LE	LC	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
			N°					
	Domicilio Real				Localidad	Provincia	Código Postal	
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)						Código Postal	
	Parentesco con el Fallecido:							

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE sólo en caso de PENSIÓN a DERECHOHABIENTE por Fallecimiento del BENEFICIARIO*

**DATOS DEL DERECHOHABIENTE 3**

<b>5</b>	Apellido/s		Nombres			CUIL/CUIT		
	Fecha de Nacimiento		DNI	LE	LC	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
			N°					

Domicilio Real

Localidad

Provincia

Código Postal

<b>Domicilio constituido</b> (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)			<b>Código Postal</b>
<b>Parentesco con el Fallecido:</b>			

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE sólo en caso de PENSIÓN a DERECHOHABIENTE por Fallecimiento del BENEFICIARIO*

**DATOS DEL DERECHOHABIENTE 4**

<b>Apellido/s</b>		<b>Nombres</b>		<b>CUIL/CUIT</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>DNI</b> <input type="checkbox"/> <b>LE</b> <input type="checkbox"/> <b>LC</b> <input type="checkbox"/>	<b>Mail (*)</b>	<b>Teléfono Fijo</b>	<b>Teléfono Celular</b>	
	N°				
<b>Domicilio Real</b>			<b>Localidad</b>	<b>Provincia</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Domicilio constituido</b> (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)					<b>Código Postal</b>
<b>Parentesco con el Fallecido:</b>					

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE sólo en caso de PENSIÓN a DERECHOHABIENTE por Fallecimiento del BENEFICIARIO*

**DATOS DEL DERECHOHABIENTE 5**

<b>Apellido/s</b>		<b>Nombres</b>		<b>CUIL/CUIT</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>DNI</b> <input type="checkbox"/> <b>LE</b> <input type="checkbox"/> <b>LC</b> <input type="checkbox"/>	<b>Mail (*)</b>	<b>Teléfono Fijo</b>	<b>Teléfono Celular</b>	
	N°				
<b>Domicilio Real</b>			<b>Localidad</b>	<b>Provincia</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Domicilio constituido</b> (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)					<b>Código Postal</b>
<b>Parentesco con el Fallecido:</b>					

*Deberá ser llenado por el BENEFICIARIO sólo en caso de corresponder*

**Declaración Jurada Art.13 ° - Ley 12.006/97**

**Artículo 13 °.- (Texto según Ley 13324)** El beneficio creado por la presente será compatible con el desempeño de cualquier actividad remunerada, jubilación o pensión nacional, provincial o municipal sin limitación alguna, a excepción de beneficios equivalentes al de esta Ley, que le hubiere sido otorgado a cualesquiera de las personas enunciadas en el artículo 1°, por alguna otra Provincia de la República o por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**6** (Marcar con X lo que corresponda)

Percibo un beneficio equivalente al de esta Ley: SI  NO

Beneficio Nacional SI  NO  Tipo de Beneficio:

Beneficio Provincial SI  NO  Provincia de:

Beneficio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SI  NO

*Deberá ser llenado por el BENEFICIARIO sólo en caso de corresponder*

**Declaración Jurada Art.9 ° - Ley 14.486/12**

**Artículo 9°:** "El beneficio creado por la presente será compatible con el desempeño de cualquier actividad remunerada, jubilación o pensión nacional, provincial o municipal sin limitación alguna, excepto el estar acogido a la Ley Nº 12.006 y modificatorias a beneficios equivalentes al de esta Ley, que le hubiere sido otorgado a cualesquiera de las personas enunciadas en el artículo 1°, por alguna otra provincia de la república o por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires."

**Declaro bajo juramento que:**

(Marcar con X lo que corresponda)

Percibo un beneficio equivalente al de esta Ley: SI  NO

Beneficio Nacional SI  NO  Tipo de Beneficio:

Beneficio Provincial SI  NO  Provincia de:

Beneficio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SI  NO

*Deberá ser llenado por el BENEFICIARIO sólo en caso de corresponder*

**Declaración Jurada según Ley 14.486/12 de no percepción del beneficio según Ley 12.006 o Renuncia al mismo en caso de percibirlo**

**ARTICULO 2°:** Corresponderá el beneficio creado en el artículo 1º, a los Ex Soldados Conscriptos Combatientes y Civiles que acrediten los siguientes requisitos:

**Inciso C)** : No ser beneficiario de la Ley Nº 12.006 y modificatorias o, en caso contrario, haber renunciado a ser beneficiario de dicha norma ante el órgano de aplicación, el cual se hará efectivo recién al momento de percibir el primer cobro del beneficio instituido en el artículo 1º de la presente Ley.

**Declaro bajo juramento que:**

(Marcar con una X lo que corresponda)

Percibo el beneficio establecido por Ley 12006: SI  NO

En caso afirmativo:  
Renuncio al beneficio establecido por Ley 12006 SI  NO

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

**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. 18 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, **EFFECTUO** la opción de imputación prevista en el segundo párrafo del inciso b) del Art. 18 de la Ley de Impuesto a las Ganancias Nº 20628 (T.O. 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este beneficiario.

**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, concierne a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

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

<b>10</b>	<b>Firma del BENEFICIARIO</b>
	Firma: ..... Aclaración: .....Lugar y Fecha: .....

*Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL*

<b>11</b>	<b>CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)</b>
	Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 5 y 10 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 recuadro 10 fue colocada en mi presencia.
	..... Lugar y Fecha                      Sello                      Firma                      Aclaración de Firma 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.