



<b>TITULO :</b>  <b>SOLICITUD DE SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO al 100%</b>  (Decreto-Ley N° 9507/80 y 9614/80)	<b>Código: E-182</b> <b>Revisión: 11</b> <b>Confeccionó: G.M.</b> <b>Vigencia: 19/09/16</b> <b>Página: 1 de 9</b>
---	---

**SUBSIDIO N°**

**FECHA:**

de

de

I. DATOS DEL FALLECIDO			
APELLIDO	NOMBRES		CUIL
TIPO DE BENEFICIO	N° DE BENEFICIO	ESTADO CIVIL	FECHA DE FALLECIMIENTO
DOMICILIO (Calle, N°, Piso, Dpto., Localidad)			

II. DATOS DEL SOLICITANTE 1			
APELLIDO	NOMBRES		CUIL/CUIT
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y N°)	TIPO DE BENEFICIO	N° BENEFICIO	SECCIÓN
DOMICILIO (Calle, N°, Piso, Dpto., Localidad)			CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)			CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	MAIL	
FACEBOOK		TWITTER	
LUGAR DE PAGO	FORMA DE PAGO	CBU (Opcional)	ESTADO CIVIL
PARENTESCO CON EL CAUSANTE:			

II. DATOS DEL APODERADO 1 (Sólo si corresponde)			
APELLIDO	NOMBRES		CUIL/CUIT
DNI	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
11	19/09/16	◆ Cambio de logo.

DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)	CÓDIGO POSTAL

**II. DATOS DEL SOLICITANTE 2**

APELLIDO		NOMBRES		CUIL/CUIT	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y Nº)		TIPO DE BENEFICIO	Nº BENEFICIO		SECCIÓN
DOMICILIO (Calle, Nº, Piso, Dpto., Localidad)					CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)					CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	MAIL			
FACEBOOK		TWITTER			
LUGAR DE PAGO	FORMA DE PAGO	CBU		ESTADO CIVIL	
PARENTESCO CON EL CAUSANTE:					

**II. DATOS DEL APODERADO 2** *(Sólo si corresponde)*

APELLIDO		NOMBRES		CUIL/CUIT	
DNI		Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)					CÓDIGO POSTAL

**II. DATOS DEL SOLICITANTE 3**

APELLIDO		NOMBRES		CUIL/CUIT	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y Nº)		TIPO DE BENEFICIO	Nº BENEFICIO		SECCIÓN
DOMICILIO (Calle, Nº, Piso, Dpto., Localidad)					CÓDIGO POSTAL

DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)				CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	MAIL		
FACEBOOK		TWITTER		
LUGAR DE PAGO	FORMA DE PAGO	CBU	ESTADO CIVIL	
PARENTESCO CON EL CAUSANTE:				
<b>II. DATOS DEL APODERADO 3</b> (Sólo si corresponde)				
APELLIDO	NOMBRES			CUIL/CUIT
DNI	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)				CÓDIGO POSTAL

<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE 4</b>				
APELLIDO	NOMBRES			CUIL/CUIT
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y N°)	TIPO DE BENEFICIO	N° BENEFICIO	SECCIÓN	
DOMICILIO (Calle, N°, Piso, Dpto., Localidad)				CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)				CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	MAIL		
FACEBOOK		TWITTER		
LUGAR DE PAGO	FORMA DE PAGO	CBU	ESTADO CIVIL	
PARENTESCO CON EL CAUSANTE:				
<b>II. DATOS DEL APODERADO 4</b> (Sólo si corresponde)				
APELLIDO	NOMBRES			CUIL/CUIT

DNI	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)			CÓDIGO POSTAL

II. DATOS DEL SOLICITANTE 5			
APELLIDO	NOMBRES		CUIL/CUIT
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y Nº)	TIPO DE BENEFICIO	Nº BENEFICIO	SECCIÓN
DOMICILIO (Calle, Nº, Piso, Dpto., Localidad)			CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)			CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	MAIL	
FACEBOOK		TWITTER	
LUGAR DE PAGO	FORMA DE PAGO	CBU	ESTADO CIVIL
PARENTESCO CON EL CAUSANTE:			

II. DATOS DEL APODERADO 5 (Sólo si corresponde)			
APELLIDO	NOMBRES		CUIL/CUIT
DNI	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)			CÓDIGO POSTAL

II. DATOS DEL SOLICITANTE 6			
APELLIDO	NOMBRES		CUIL/CUIT
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y Nº)	TIPO DE BENEFICIO	Nº BENEFICIO	SECCIÓN

DOMICILIO (Calle, Nº, Piso, Dpto., Localidad)			CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)			CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	MAIL	
FACEBOOK	TWITTER		
LUGAR DE PAGO	FORMA DE PAGO	CBU	ESTADO CIVIL

PARENTESCO CON EL CAUSANTE:

**II. DATOS DEL APODERADO 6** *(Sólo si corresponde)*

APELLIDO	NOMBRES		CUIL/CUIT	
DNI	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)			CÓDIGO POSTAL	

**II. DATOS DEL SOLICITANTE 7**

APELLIDO	NOMBRES		CUIL/CUIT	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y Nº)	TIPO DE BENEFICIO	Nº BENEFICIO	SECCIÓN	
DOMICILIO (Calle, Nº, Piso, Dpto., Localidad)			CÓDIGO POSTAL	
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)			CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	MAIL		
FACEBOOK	TWITTER			
LUGAR DE PAGO	FORMA DE PAGO	CBU	ESTADO CIVIL	

PARENTESCO CON EL CAUSANTE:

<b>II. DATOS DEL APODERADO 7 (Sólo si corresponde)</b>					
APELLIDO		NOMBRES		CUIL/CUIT	
DNI		Mail	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil
DOMICILIO CONSTITUIDO (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)					CÓDIGO POSTAL

### III. DECLARACIÓN JURADA SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO AL 100%

A los fines de la percepción del Subsidio por Fallecimiento instituido por Decreto-Ley 9.507/80 declaro BAJO JURAMENTO que:

1. Al momento del deceso no se encontraba divorciado/a ni separado/a de hecho sin voluntad de unirse.
2. No existe cónyuge supérstite (en caso que peticione/n el/los hijo/s).
3. No existe cónyuge supérstite ni hijos del Causante (en caso que peticionen los padres).
4. No existe ninguno de los beneficiarios enumerados en el artículo 2° de la Ley 9570/80 (cónyuge supérstite, hijos ni padres del Causante).
5. No ha percibido ni percibirá suma alguna por igual concepto y por la misma naturaleza (artículo 2 Resolución 05/06 del Honorable Directorio de IPS).
6. Los peticionarios declaran ser los únicos hijos del Causante.

*(Tachar lo que no corresponda)*

### IV. DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER REALIZADO EXTRACCIONES INDEBIDAS

**Declaro bajo juramento:**

1. No haber realizado extracciones de dinero de la cuenta de haberes previsionales del causante con fecha posterior a su fallecimiento.
2. En caso de haberlo realizado previo a este acto, acepto someterme a las condiciones de devolución que me proponga el Instituto de Previsión Social.

Se hace notar que si de la comprobación de los movimientos de la cuenta respectiva, surge que se produjeron retiros posteriores al fallecimiento del Causante, el IPS instará la correspondiente Investigación Penal por el delito de extracciones indebidas.

**IMPORTANTE:** La omisión o falsedad en la presente 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".

### V. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

*(Marcar con una X donde corresponda)*

<input type="checkbox"/>	PARTIDA DE DEFUNCIÓN DEL CAUSANTE
<input type="checkbox"/>	PARTIDA DE MATRIMONIO DEL CAUSANTE
<input type="checkbox"/>	PARTIDAS DE NACIMIENTO DE SOLICITANTES

CARNET DEL CAUSANTE
ÚLTIMO RECIBO DE HABERES DEL CAUSANTE
DNI (FOTOCOPIA FRENTE Y REVERSO) Y DEL/OS SOLICITANTE/S
CONSTANCIA DE CUIL/CUIT DE LOS SOLICITANTES
PARTIDA DE DEFUNCIÓN DEL CÓNYUGE DEL CAUSANTE
PARTIDA DE DEFUNCIÓN DEL PADRE / MADRE DEL CAUSANTE
PARTIDA DE DEFUNCIÓN DE LOS HIJOS DEL CAUSANTE
CANTIDAD DE SOLICITANTES EN RESERVA
PODER ESPECIAL (PARA TRAMITAR Y PERCIBIR) ANTE ESCRIBANO DE CADA APODERADO ( <i>Sólo si corresponde</i> ) (*)
TESTIMONIO (PARA EL CASO DE TUTOR O CURADOR) DONDE SE INDIQUE DESIGNACIÓN, ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN ESPECIAL ( <i>Sólo si corresponde</i> )

(\*) Si el poder tuviera más de 6 meses debe presentarse certificado de supervivencia.

OTROS: (Detallar) .....

A ser llenado por el Sistema On-Line de IPS

**VI. SOLICITUDES DEL CAUSANTE**

Nº Solicitud	Tipo de Subsidio	Estado

**VII. FIRMA, LUGAR Y FECHA**

LUGAR Y FECHA	FIRMA Y ACLARACIÓN DE LOS SOLICITANTES
	Solicitante 1
	Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 1 ( <i>si corresponde</i> )
	Solicitante 2
	Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 2 ( <i>si corresponde</i> )
	Solicitante 3
	Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 3 ( <i>si corresponde</i> )
	Solicitante 4
	Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 4 ( <i>si corresponde</i> )
	Solicitante 5
	Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 5 ( <i>si corresponde</i> )
	Solicitante 6
	Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 6 ( <i>si corresponde</i> )

	Solicitante 7
	Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 7 (si corresponde)

<b>VIII. CERTIFICACIÓN</b> (La certificación de la firma será efectuada por Funcionario de IPS interviniente)		
LUGAR Y FECHA	FIRMA Y ACLARACIÓN	SELLO

**RESERVADO PARA EL IPS**

<b>IX. LIQUIDACIÓN</b>		<b>X. CERTIFICACIÓN INTERNA</b> <b>(DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ORIGINARIAS)</b>
1. IMPORTE SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO \$ ..... 2. MONTO MÁXIMO DETERMINADO \$ ..... 3. IMPORTE SUBSIDIADO POR OTRA MUTUAL \$ ..... 4. CORRESPONDE OTORGAR \$ .....	Intervino	Según constancias, corresponde abonar el Subsidio.    Sello y Firma

<b>XI. OBSERVACIONES</b>
..... .....

<b>XII. DISPOSICIÓN ACORDATIVA</b>			
En virtud de la delegación conferida por Resolución N° 192/80 de Presidencia, el Director de Administración Contable <p align="center"><b>DISPONE</b></p> Artículo 1º: Acordar el subsidio por FALLECIMIENTO (100 %). identificado en el rubro VIII, por la suma de pesos .....(\$ .....) distribuido de la siguiente forma:			
APELLIDO Y NOMBRES	DNI	%	MONTO (\$)
SOLICITANTE 1:			
Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 1 (Si corresponde):			
SOLICITANTE 2:			



Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 2 (Si corresponde):			
SOLICITANTE 3:			
Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 3 (Si corresponde):			
SOLICITANTE 4:			
Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 4 (Si corresponde):			
SOLICITANTE 5:			
Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 5 (Si corresponde):			
SOLICITANTE 6:			
Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 6 (Si corresponde):			
SOLICITANTE 7:			
Apoderado/Rep.Legal/Tutor/Curador 7 (Si corresponde):			

Artículo 2º: El presente gasto será atendido con la siguiente imputación: Prog 4. S Prog 0. Fin 3. FF.11. PP 5. SPP 1. Par 1. Sub P 2.

Artículo 3º: Pagar por Tesorería del IPS la suma indicada en el Artículo 1º.

Artículo 4º: Comuníquese a quienes corresponda y ARCHÍVESE.

---

Firma Responsable Dirección. Administrativa Contable	Sello
--	-------

**INSTRUCCIONES**

1. Se debe corroborar que no existan discrepancias entre los datos del causante y solicitante (Ejemplo: domicilio, estado civil, etc.).
2. La documentación necesaria y obligatoria para el inicio del trámite se halla detallada en el Volante informativo existente en la página Web o en los CAPs respectivos. Asimismo, si se acompañara otra documentación adicional, se deberá especificar la misma, de lo contrario no se le dará validez posterior.

**TRATE DE CUMPLIR ESTRICTAMENTE CON LOS REQUISITOS ENUNCIADOS EN ESTE FORMULARIO, SIN ENMIENDAS NI OMISIONES, A LOS EFECTOS DE EVITAR DEMORAS EN EL TRÁMITE.**