

<b>TÍTULO :</b>  <b>SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES</b>  <b>(Decreto N° 1516/04)</b>	<b>Código:</b> E-109 <b>Revisión:</b> 3 <b>Confección:</b> G.M. <b>Vigencia:</b> 05/09/16 <b>Página:</b> 1 de 5
---	---

SOLICITUD N°  - FECHA:  de  de   
 (N° CUIL - Orden anual)

<b>ASIGNACIÓN SOLICITADA:</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Hijo Menor Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Hijo con Capacidad Restringida Cantidad: _____	<input type="checkbox"/> Ayuda Escolar 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*

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido/s		Nombres		CUIL		
Fecha de Nacimiento		DNI <input type="checkbox"/>	Doc Extr <input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Separado/a de hecho		Desde ...../...../..... Autoridad ante quien formuló la demanda		
	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a		Desde ...../...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado N°..... Secretaría .....		
<input type="checkbox"/> Viudo/a						
<input type="checkbox"/> Conviviente						

(\*) 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.

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

**DATOS DEL APODERADO**

Relación:	Abogado <input type="checkbox"/>	Agrega IUS <input type="checkbox"/>	Delegado <input type="checkbox"/>	Gestor <input type="checkbox"/>	Fliar hasta 4° de Consanguinidad <input type="checkbox"/>	
Apellido/s		Nombres		CUIL/CUIT		
DNI <input type="checkbox"/>		Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)					Localidad	Código Postal

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
3	05/09/16	♦ Se actualizó formulario conforme requisitos vigentes.

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

<b>3</b>	<b>Declaración Jurada Familiar en Guarda y/o Tutela. Vigencia de Guarda y/o Tutela</b>			
	<b>Datos de la Guarda y / o Tutela</b>			
	Carátula	Juzgado Radicación	Localidad	Fecha de Otorgamiento
	<b>Datos de los menores bajo esta guarda</b>			
	Apellido/s	Nombres	Documento de Identidad	
<i>Declara Bajo <b>Juramento</b> y Bajo su <b>absoluta Responsabilidad</b> “ que la guarda continúa vigente en todos sus efectos”</i>				

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

<b>4</b>	<b>Familiar Bajo Sistema de Apoyo / Curatela:</b>			
	<b>Datos de la Causa</b>			
	Carátula	Juzgado Radicación	Localidad	Fecha de Otorgamiento
	<b>Datos de los menores bajo Sistema de Apoyo / Curatela</b>			
	Apellido/s	Nombres	Documento de Identidad	
<i>Declara Bajo <b>Juramento</b> y Bajo su <b>absoluta Responsabilidad</b> “ que la Curatela / Apoyo continúa vigente en todos sus efectos”</i>				

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

**Declaración Jurada Complementaria de Ingresos del Grupo Familiar, conforme Dto. 1460/12**

<b>5</b>	<b>OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE:</b>			
	Relación de Dependencia:	Denominación Empleador	CUIT Empleador	Ingreso Bruto Mensual
	Jubilación / Pensión:	Organismo Prestador	CUIT Prestador	Ingreso Bruto Mensual
	Independiente:	Renta de Referencia	Categoría	Ingreso Bruto Mensual
		AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTITA <input type="checkbox"/>		
	<b>INGRESOS DEL CÓNYUGE Y/O PROGENITOR:</b>			
	Apellido/s y Nombres completos		DNI	CUIL
	Relación de Dependencia:	Denominación Empleador	CUIT Empleador	Ingreso Bruto Mensual
	Jubilación / Pensión:	Organismo Prestador	CUIT Prestador	Ingreso Bruto Mensual
	Independiente:	Renta de Referencia	Categoría	Ingreso Bruto Mensual
AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTITA <input type="checkbox"/>				
<b>INGRESOS DE OTRO/S INTEGRANTE/S DEL GRUPO FAMILIAR (EN CASO DE CORRESPONDER):</b>				
Apellido/s y Nombres completos		DNI	CUIL	
Relación de Dependencia:	Denominación Empleador	CUIT Empleador	Ingreso Bruto Mensual	
Jubilación / Pensión:	Organismo Prestador	CUIT Prestador	Ingreso Bruto Mensual	
Independiente:	Renta de Referencia	Categoría	Ingreso Bruto Mensual	
	AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTITA <input type="checkbox"/>			

<b>6</b>	<b>DECLARO BAJO JURAMENTO:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No percibir Asignación Familiar directamente de ANSeS ni de otro Organismo o Empresa.</li> <li>• Tener a mi cargo a los familiares por los cuales solicito la Asignación.</li> <li>• No estar percibiendo, el otro progenitor, Asignaciones Familiares directamente de ANSeS como de ningún otro Organismo o Empresa, por los cuales solicito la Asignación.</li> </ul> <p><b>OBSERVACIONES:</b>..... .....</p>

<b>7</b>	<b>DOCUMENTACIÓN QUE AGREGA:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fotocopia DNI:</b> <input type="checkbox"/> del titular <input type="checkbox"/> del cónyuge/progenitor <input type="checkbox"/> del/los hijos</li> <li>• <b>Constancia CUIL:</b> <input type="checkbox"/> del titular <input type="checkbox"/> del cónyuge/progenitor <input type="checkbox"/> del/los hijos</li> <li>• <b>Certificado Negativo ANSeS:</b> <input type="checkbox"/> del titular <input type="checkbox"/> del cónyuge/progenitor <input type="checkbox"/> del/los hijos</li> <li>• <b>Constancia de otros Ingresos:</b> <input type="checkbox"/> del titular <input type="checkbox"/> del cónyuge/progenitor <input type="checkbox"/> del/los hijos</li> <li>• <b>Partida de Matrimonio del titular:</b> <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Partida de Nacimiento del/los hijos:</b> <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Testimonio de Vigencia de Guarda, Tutela o Curatela del/los hijos:</b> <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Testimonio de Sentencia de Adopción del/los hijos:</b> <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Certificado Único de Discapacidad – CUD del/los hijos:</b> <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Certificado de Estudios del/los hijos:</b> <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Carta Poder para Tramitar:</b> <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>Otro/s</b> (Indicar cuál/es):.....</li> </ul>

**Espacio para ser llenado exclusivamente por el solicitante**

<b>8</b>	<b>Firma del solicitante</b>			
	..... Firma	Impresión Dígito Pulgar Derecho	..... Aclaración	..... Lugar y Fecha

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

**Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario Certificante**

<b>9</b>	<b>CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)</b>			
	Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 y 8 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 o Impresión Dígito Pulgar del recuadro 8 fue colocada 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.				

## ANEXO 1

### SOLICITA ASIGNACIÓN POR CÓNYUGE

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

DATOS DEL CÓNYUGE														
Tipo de Presentación: <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> BAJA														
Apellido/s y Nombres completos						DNI			CUIL					
10	Trabaja en Relación Dependencia: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					Fecha de Nacimiento			Fecha de Casamiento			Fecha de Fallecimiento		
	Es jubilado o Percibe otro Beneficio: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	Reside en el País: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
Profesión					Capacidad Restringida			Necesita Curador/Apoyo			Cuil Curador			
					Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Domicilio real								Localidad						

## ANEXO 2

### SOLICITA ASIGNACIÓN POR HIJO Y/O AYUDA ESCOLAR

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

DATOS DEL HIJO												
Tipo de Presentación: <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> BAJA												
Apellido/s y Nombres completos						DNI		CUIL				
Trabaja en Relación Dependencia: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Fecha de Nacimiento		Fecha de Casamiento		Fecha de Fallecimiento				
Es pensionado o Percibe otro Benef: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Reside en el País: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Certificado de Estudios		Cuil Otro Progenitor		Capacidad Restringida		Necesita Curador/Apoyo		Cuil Curador				
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Sí <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).