

TÍTULO :	SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR RECIPROCIDAD (Dec-Ley 9820/82) (Formulario unificado con ANSeS y Cajas Profesionales)	Código: E-210 Revisión: 4 Confeccionó: L.A Vigencia: 22/02/16 Página: 1 de 3
----------	---	---

SOLICITUD N° FECHA: de de

1. TIPO DE PRESTACIÓN SOLICITADA:

JUBILACIÓN	<input type="checkbox"/> Ordinaria por Reciprocidad	<input type="checkbox"/> Extraordinaria por Reciprocidad
PENSIÓN	<input type="checkbox"/> Pensión por Reciprocidad	
<input type="checkbox"/> RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS por Reciprocidad		

CARÁCTER EN QUE LA SOLICITA:

Afiliado / a Titular

Cónyuge o Conviviente del /(de la) Fallecido / (a)

Hijo / s Solicitante / s

(Marcar con una X lo que corresponda)

2. DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellido/s				
Nombres				CUIL
Fecha Nacimiento	Documento de Identidad	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Domicilio Real			Provincia	Código Postal
Domicilio constituido (Ley de Proced. Administ. Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)			Provincia	Código Postal
N° Legajo en la Caja Profesional del/(de la) afiliado/(a) titular				

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
4	22/02/16	◆ Cambio de logo..

Estado Civil		
<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"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a	Desde/...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado N°....
<input type="checkbox"/> Conviviente	 Secretaria

(Indicar con una X donde corresponda)

Este espacio debe ser llenado sólo si corresponde

DATOS DEL APODERADO				
Apellido/s		Nombres		CUIL/CUIT
Documento de Identidad		Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Domicilio constituido (Ley de Proced. Administr. Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)			Provincia	Código Postal

3. DECLARACIONES JURADAS:

Se encuentra gozando de algún otro beneficio previsional?

SI

NO

En caso afirmativo, otorgado por:

Declaración Jurada Servicios con Aportes en otras Cajas (Que no sea IPS)					
<p>Por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO conocer los términos del Art. 168 de la Ley 24.241 y que los servicios detallados a continuación fueron todos los desempeñados por mí con aportes en los distintos Regímenes de Previsión, en Organismos Nacionales, Provinciales, Municipales, Cajas de Profesionales, de las Fuerzas Armadas, Policiales o Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones Públicas o Privadas.</p> <p>Que en el caso de omisión de actividades, de la que pudiera resultar la NULIDAD del derecho por el Instituto de Previsión Social de la Provincia, ACEPTO REINTEGRAR, del modo que el Organismo determine, los cargos que resulten por tal consecuencia.</p>					
SERVICIOS DESEMPEÑADOS EN OTRAS ENTIDADES PREVISIONALES					
Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta
<p>Observaciones:</p> <p>.....</p>					

Declaración Jurada Para Percepción de Asignaciones Familiares											
Quien suscribe declara BAJO JURAMENTO lo siguiente:											
<ul style="list-style-type: none"> - No percibir Asignación Familiar directamente de ANSeS ni de otro organismo o empresa. - Tener a mi cargo a mis hijos. - No estar percibiendo el otro progenitor Asignaciones Familiares directamente de ANSeS ni de otro organismo o empresa. 											
A) Datos de la Persona por la cual el Beneficiario solicita "ASIGNACIÓN FAMILIAR POR CÓNYUGE"											
Apellido/s			Nombres				Profesión				
Reside en el País?		Trabaja Actualmente en Relación de Dependencia?				Es jubilada/o o tiene otro beneficio?					
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
B) Datos de la/s Persona/s por la/s cual/es el Beneficiario solicita "ASIGNACIÓN FAMILIAR POR HIJO / HIJO DISCAPACITADO"											
Apellido/s	Nombres			Fecha Nacimiento	CUIL de los Hijos	CUIL del otro progenitor	Discapacidad?		Curatela? CUIL Curador		
							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"/>	

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".

4. FIRMAS Y CERTIFICACIÓN:

Firma del BENEFICIARIO		
Firma:	Aclaración:	Lugar y Fecha:

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del IPS			
CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)			
Certifico que los datos consignados en los ítems, 2 y 3 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 ítem 3 fue colocada en mi presencia.			
.....
Lugar y Fecha	Sello del área	Firma	Aclaración 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.			