

TÍTULO :	Código: E-140
SOLICITUD DE PENSIÓN AUTOMÁTICA DOCENTE (PAD)	Revisión: 3
	Confeccionó: G.M.
	Vigencia: 03/02/17
	Página: 1 de 5

SOLICITUD N° FECHA: de de

BENEFICIO SOLICITADO:	<input type="checkbox"/> PENSIÓN DERIVADA	<input type="checkbox"/> PENSIÓN DIRECTA
------------------------------	---	--

Marcar con una X, según corresponda y completar **ANEXO 1** Cargo de Mayor Jerarquía (Hoja N° 5).

<i>Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE</i>					
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		
1	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"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Conviviente(*)	<input type="checkbox"/> Separado/a de hecho <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a	Desde/...../..... Autoridad ante quien formuló la demanda..... Desde/...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado N°..... Secretaría	
Parentesco con el causante:					
<input type="checkbox"/> Capacidad Restringida <input type="checkbox"/> Sistema de Apoyo <input type="checkbox"/> Necesita Curador. En éstos últimos casos deberá completar el cuadro N° 11					

(*) En caso de solicitud por conviviente, sólo corresponde inicio por este tipo de trámite cuando se lo haga conjuntamente con menores que tengan derecho al beneficio.

<i>Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE</i>					
DATOS DEL CAUSANTE					
Apellido/s		Nombres			
Fecha de Nacimiento	Fecha de Defunción	DU		CUIL	
Domicilio real				Localidad	Código Postal
2	Estado Civil (Indicarlo con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Separado/a de hecho <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a	Desde/...../..... Autoridad ante quien formuló la demanda..... Desde/...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado N°..... Secretaría	

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
3	03-02-17	♦ Se actualizó el formulario, se agregó anexo 1 y se eliminaron cuadros de Asign. Fliares.

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

DATOS DEL APODERADO

3	Relación: <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Agrega IUS <input type="checkbox"/> <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

Deberá ser llenado en todos los casos por el/la SOLICITANTE

4	OBSERVACIONES:
	PERCIBIRÁ EN EL BANCO:SUCURSAL:.....
	IMPORTANTE: En caso de solicitar percibir en el exterior del país, deberá tener presente el requisito de acreditación de supervivencia comunicado en nuestra WEB institucional.

Deberá ser aceptado o no y llenado por el SOLICITANTE

5	Declaración Jurada Impuesto a las Ganancias (Opción)	Acepto	No acepto
	<p>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.</p> <p>OPCIÓN:</p> <p>Conforme a lo informado precedentemente notifico que en caso de percibir haberes retroactivos, EFECTÚO 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.</p>		

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE en calidad de Hijo a Cargo, Mayor, Soltero y Estudiante (hasta 25 años) que no trabaje

6	Declaración Jurada Acreditación Estudios Secundarios, Terciarios o Universitarios		
	1.- Desempeña alguna actividad remunerada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Desde qué fecha?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2.- Percibe Jubilación, Pensión, Retiro o Prestación no contributiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	3.- Cursa Estudios Regularmente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo deberá acompañar Certificado de Alumno Regular.		
	4.- Establecimiento donde cursa:		
	5.- Estado Civil: Nacionalidad:		
<p>NOTA: Es imprescindible que la fecha de certificación de estudios del solicitante se halle vigente a la fecha de defunción del Causante y en la actualidad.</p>			

Deberá ser llenado en todos los casos por el/la SOLICITANTE

7	DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER REALIZADO EXTRACCIONES INDEBIDAS	
	<p>DECLARO BAJO JURAMENTO:</p> <p>No haber realizado extracciones de dinero de la cuenta de haberes previsionales del causante con fecha posterior a su fallecimiento. En caso de existir deuda en cabeza del causante (jubilado), o diferencias entre depósitos efectuados e importes devueltos por la entidad bancaria, acepto la afectación de mi haber en un veinte por ciento (20%), hasta la cancelación definitiva de la deuda.</p>	

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE según corresponda

Declaración Jurada Servicios con Aportes en otras Cajas (Que no sea IPS)

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.

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.

SERVICIOS DESEMPEÑADOS EN OTRAS ENTIDADES PREVISIONALES

N° Expediente	Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

Observaciones:

.....

Deberá ser aceptado o no y llenado por el BENEFICIARIO

Declaración Jurada Pensión Automática Docente

Acepto

No Acepto

Quien suscribe solicita PENSIÓN AUTOMÁTICA DOCENTE de acuerdo a lo establecido en Resoluciones 18/06 y 14/11 del Honorable Directorio del Instituto de Previsión Social.

A tal fin declara BAJO JURAMENTO

- 1°.- Aceptar el pago anticipado de mi futuro beneficio conforme a las pautas y disposiciones de la Resolución 18/06 y complementarias del Honorable Directorio del Instituto de Previsión Social y del Decreto-Ley 9650/80 (T.O. Decreto 600/94).
- 2°.- Comprometerme a adjuntar la certificación de servicios (código jubilatorio) una vez finalizado el trámite en la repartición empleadora.
- 3°.- Que los servicios detallados en la renuncia presentada ante estas autoridades fueron efectivamente desempeñados por quien suscribe como Causante.
- 4°.- Se comprometo a la devolución de lo percibido en concepto de anticipo, en tiempo y forma, que el Instituto de Previsión Social lo establezca, en el supuesto que el trámite peticionado concluya en una denegatoria
- 5°.- El pago transitorio que se percibirá no generará derecho a reclamo de ninguna índole, hasta el dictado del acto resolutivo definitivo.
- 6°.- En el caso de existir diferencias en mi contra autorizo al Instituto de Previsión Social para que proceda a su recupero descontando un 20% de mis haberes hasta la cancelación total de la deuda que se registre.

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 hiciera insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concerniente a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

"TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS"

<i>Deberá ser llenado por el/la SOLICITANTE en los casos que corresponda</i>			
10	Declaración Jurada de Vigencia de Guarda y / o Tutela del menor por quien solicita el beneficio		
	Datos de la Causa:		
	Carátula	Juzgado de Radicación	Localidad
	Datos del Tutor / Guardador		
	Apellido/s	Nombres	CUIL
DECLARA BAJO JURAMENTO que la guarda continúa vigente en todos sus efectos" y agrega:			

<i>Deberá ser llenado por el CURADOR en los casos que corresponda</i>			
11	Sistema de Apoyo / Curatela		
	Datos de la Causa:		
	Carátula	Juzgado de Radicación	Localidad
	Datos del Curador		
	Apellido/s	Nombres	CUIL
DECLARO BAJO JURAMENTO "que la curatela continúa vigente en todos sus efectos" y agrega:			

<i>Deberá ser llenado por el SOLICITANTE</i>	
12	Firma del SOLICITANTE
	<p>Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:</p>

<i>Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del IPS</i>	
13	CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)
	Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2, 3 y 12, 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 12 fueron colocada en mi presencia.
	<p>.....</p> <p>Lugar y Fecha Sello del área Firma Aclaración y Cargo</p>
	(**) 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.

"TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS"

ANEXO 1

Declaración Jurada Cargo de Mayor Jerarquía

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

1.- DESCRIPCIÓN del CARGO:

Denominación del Cargo: Antigüedad: años

Cantidad de Horas Cátedra ó Módulos:..... (llenar en caso de ser Profesor)

ESTABLECIMIENTO:

Nombre: Rama:

Cantidad de Secciones o Turnos:

Categoría:

1ra	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

2da	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

3ra	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

BONIFICACIONES:

RURALIDAD: SI NO Resolución N°..... % Desde

--	--	--

 Hasta

--	--	--

DOBLE ESCOLARIDAD: SI NO Resolución N°

EDUCACIÓN CARCELARIA: SI NO

EXTENSIÓN HORARIA: SI NO (Adjuntar certificado)

PERIODO DE DESEMPEÑO DEL CARGO:

Del/...../.....	al/...../.....
Del/...../.....	al/...../.....
Del/...../.....	al/...../.....

IMPORTANTE: Se deberá completar un cuadro por cargo, según corresponda.