

SOLICITUD DE PAGO POR EL REGIMEN DE RETRIBUCION ESPECIAL LEY 13355 CONFORME LEY 14196 y Decreto 683/11

(Ceses producidos entre el 01 de abril de 2002 y el 30 de junio de 2005 inclusive)

COMPLETAR CON LOS DATOS DEL BENEFICIARIO

1 Apellido/s completos	Nombres/s completos				Sexo
Fecha de Nacimiento	Lib. de Enrolamiento N°	Lib.Cívica N°	D.N.I	Ced Ident. N°	Expedida por
/ /					
Número de teléfono	Dirección de Correo Electrónico		Domicilio Real		Localidad

2 Régimen Legal por el cual se jubiló : () Ley 10328 - Vialidad () Ley 10384 - Obras Sanitarias () Ley 10430 - Administración Pública
Indicar con una (X)
() Ley 10579 - Personal Docente () Ley 12268 - Personal de Act.Artísticas

3 Estado Civil (indicar con una x)
 Soltero Separado de Hecho Desde...../...../..... Autoridad ante quien formulo la denuncia.....
 Casado
 Viudo Separado Legalmente o Divorciado Desde...../...../..... Accion Judicial iniciada ante Juzgado.....
 Secretaria.....

COMPLETAR CON LOS DATOS DEL DERECHOHABIENTE

4 Apellido/s completos	Nombre/s completos				Sexo
Fecha de Nacimiento	Lib. de Enrolamiento N°	Lib.Cívica N°	D.N.I	Ced Ident. N°	Expedida por
/ /					
Parentesco	Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		Domicilio Real	Localidad

5 Tiene Algún Beneficio Otorgado por el IPS () SI Tipo de Beneficio:
Indicar con una (X) () NO Expediente N°:

En el caso de existir derechohabientes los mismos deberan acreditar el vínculo adjuntando ya sea partida de defunción, certificado de matrimonio, declaratoria de herederos a fin de poder realizar el correspondiente pago de la retribución.

6 Declaro que todos los datos consignados en el presente formulario revisten el carácter de Declaración Jurada desistiendo de manera irrevocable a cualquier reclamo judicial y / o administrativo que haya iniciado en relacion a la percepcion de lo previsto por la Ley 13.355 y concs.- Por el presente formulario realizo la opción prevista en la Ley 13.355 conforme a la ley 14.196 y Decreto 683/11

.....
Firma

.....
Aclaración

CERTIFICACION DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)

Certifico que los datos consignados en los recuadros 1 y 4 son copia fiel del/los obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indica/n que tuvo a la vista y que la/s firma/s en el recuadro N° 6 fueron colocado/s en mi presencia.

.....
Lugar y Fecha Sello Firma Aclaración de firma y cargo

(**) Unicamente podran certificar funcionarios del IPS, Policía, Gendarmería Nacional Marítima, Juez de Paz, Escribano con registro y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su dirección.