



SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

SOLICITUD DE:

(Marcar con una X según corresponda)

JUBILACIÓN:

PENSIÓN:

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS.

Para:

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada (Decreto Nro. 6178/54)

1	Llenar en todos los casos con los datos del afiliado.										
	Apellido/s: completo			Nombre/s:			D.N.I / L.E. / C.U.I.L				
	Fecha de Nacimiento:			Sexo:			Nacionalidad:				
2	Llenar únicamente en caso de pedido de jubilación o de reconocimiento de servicios.										
	Estado Civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo				Separado de hecho desde:/...../..... Separado desde:/...../..... <input type="radio"/> Legalmente <input type="radio"/> Divorciado						
	Indicar con una X donde corresponda.										
	Tiene otro beneficio otorgado o en trámite: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				Tipo de Beneficio:						
	En que Caja o Instituto:				Expte Nro:						
FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN (Cónyuges, hijos, padres, hermanos)											
Apellido/s y Nombre/s: completos		Parentesco	Nació			Es incapacitado		Depende de Usted			
			Día	Mes	Año	si	no	si	no		
3	Llenar únicamente en caso de pedido de Pensión.										
	Apellido/s y Nombre/s completo/s de los solicitantes.		Parentesco	Nació			Documento		Estado Civil	¿Otro beneficio?	
				Día	Mes	Año	Tipo	Número		si	no



SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

	Declaro no conocer la existencia de otras personas con derecho a Pensión. En caso contrario indicar en OBSERVACIONES quienes serían).										
	Si el afiliado inició un trámite de Jubilación o era beneficiario, indicar Expediente Nro: Beneficio Nro:										
4	Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicitan el beneficio, excepto cuando se gestiona Pensión derivada de Jubilación otorgada o con expediente iniciado.										
	Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causales de períodos de inactividad.										
	Empresa, Repartición, Empleador, y/o Actividad por cuenta propia o causal de Inactividad.	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta				
				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
5	OBSERVACIONES: de no haber iniciado el reconocimiento de los servicios Indicados Precedentemente deberá hacerlo a la brevedad a los efectos de la computación total de los servicios.										
6	Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicita/n el beneficio.						Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar)				
	Domicilio: Calle: Número: Dpto: Localidad: Provincia: Teléfono: Email:						Derecho o Izquierdo				
	Lugar y Fecha: Firma/s: Aclaración de firma/s:						Derecho o Izquierdo				
7	Certificación de identidad y firma por autoridad competentes (*).										
	Certifico que los datos consignados en los recuadros número 1 0 3 son copia fiel de lo/s obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indican, que tuvo a la vista, y que la/s firmas e impresión/es estampada/s en el recuadro número 6 fueron colocada/s en mi presencia.										
 Lugar y Fecha		 Sello		 Firma		 Aclaración de firma a cargo	
(*) Únicamente podrán certificar funcionarios de las Cajas de Previsión, de las Delegaciones de la Dirección General de Servicios Comunes y de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, de la Policía, Gendarmería Nacional, Prefectura Nacional Marítima, Juez de Paz, Escribano con Registro y Directores de Hospitales y Clínicas, Provinciales, Municipales o Privadas, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su dirección.											