
Apellido(s) y nombre(s)				N° de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐		¿Reside en el país? Sí ☐ No ☐		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido(s) y nombre(s)				N° de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐		¿Reside en el país? ☐ ☐		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido(s) y nombre(s)				N° de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐		¿Reside en el país? ☐ ☐		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido(s) y nombre(s)				N° de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐		¿Reside en el país? ☐ ☐		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido(s) y nombre(s)				N° de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐		¿Reside en el país? ☐ ☐		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido(s) y nombre(s)				N° de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐		¿Reside en el país? ☐ ☐		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											

[illegible]

Se requiere la consideración de los servicios registrados en el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) ante la ausencia de otra documentación. **Sí** ☐ **No** ☐ continúo en actividad a partir de la fecha ____/____/____

8 - Declaraciones juradas para algunas prestaciones o beneficios:**Jubilaciones**• **Declaración jurada Ley N° 24.013**

Manifiesto bajo declaración jurada **sí** ☐ **no** ☐ (tildar lo que corresponda) haber solicitado la prestación por desempleo. **Si tildé "no", me comprometo a no solicitarla.**

Pensiones• **Declaración jurada artículo 1° de la Ley N° 17.562**

De acuerdo con lo requerido por el artículo 9° de la Resolución SESS N° 121/76, tomo conocimiento por este acto de lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N° 17.562, cuyos términos se transcriben.

No tendrán derecho a pensión:

1. El cónyuge que por su culpa o culpa de ambos estuviere divorciado o separado de hecho al momento de la muerte del causante, salvo que se hubiere pactado alimentos a favor de alguno de ellos.
2. Los causahabientes, en caso de indignidad para suceder o desheredación, de acuerdo con las disposiciones del Código Civil.

En consecuencia, declaro bajo juramento:

sí ☐ **no** ☐ me encontraba separado de hecho de mi cónyuge al tiempo de su fallecimiento.

sí ☐ **no** ☐ me encontraba separado judicialmente (Juzgado _____ Secretaría _____).

sí ☐ **no** ☐ me encontraba separado judicialmente por mutuo consentimiento (artículo 67 bis CC) (marcar lo que corresponda).

Jubilaciones y pensiones• **Aceptación de descuentos de cuotas de moratoria por acogimiento a plan de cuotas Ley N° 24.476**

Invocando el carácter de titular del presente trámite de _____

Sí ☐ **No** ☐ (tildar lo que corresponda) acepto que ANSES descuenta las cuotas mensuales del plan de regularización de la deuda por el que opté, cuyo vencimiento no se hubiera operado a la fecha de inicio de esta prestación y hasta el _____ vencimiento de la última cuota del mencionado plan, aunque los importes de dichas cuotas superen el límite del 20%, todo ello de conformidad a lo dispuesto en el inciso d) del artículo 14 de la Ley N° 24.241, cuando en razón del monto total de la deuda y el plazo de duración del plan de moratoria así lo determine.

Asignación de Obra Social

Solicito la asignación de la siguiente Obra Social:

1. Para agentes provenientes de organismos provinciales: Obra Social provincial ☐ _____
2. Para empleados municipales: ObSBA ☐
3. Para agentes civiles de las fuerzas Armadas y de Seguridad: INSSJyP ☐ DIBA ☐ DiBPFA ☐ IOSE ☐
4. Para beneficiarios de obras sociales especiales: OSLeRA ☐ OSMISS ☐ Unión Personal ☐ INSSJyP ☐
5. Para beneficiarios no incluidos en los ítems 1, 2, 3 o 4: INSSJyP ☐
6. Si es titular de otra prestación previsional debe unificar aportes (solamente para obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud). ☐ Obra Social (especificar): _____

Adicional por domicilio en Zona Austral

Sí ☐ **No** ☐ (tildar lo que corresponda) solicito el pago del Adicional por Zona Austral, declarando conocer las disposiciones vigentes.

Me comprometo a comunicar cualquier cambio de domicilio fuera de la zona comprendida dentro de los 30 días de producido.

09 - Asignaciones Familiares

¿Solicita Asignaciones Familiares? Sí ☐ No ☐

¿Con retroactivo? Sí ☐ No ☐

Las Asignaciones Familiares serán liquidadas de acuerdo a las cargas familiares acreditadas en ANSES.

10 – Documentación relativa a convenios internacionales

- ☐ Acompaña solicitud de prestación conforme al Convenio.
- ☐ Adjunta documentación complementaria (detalle):

11 – Espacio reservado para el organismo o entidad emisora

12 - Observaciones

Este formulario tiene carácter de declaración jurada. Debe completarse sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a las personas infractoras a las penalidades previstas en los artículos 172, 275, y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Lugar y fecha _____, ____/____/____

Firma y aclaración de la persona solicitante

Certificación de identidad y firma por autoridad competente

Certifico que los datos personales que consignó la persona solicitante son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que en cada caso se indican y tuve a la vista, y que la firma fue puesta en mi presencia.

Lugar y fecha _____, ____/____/____

Firma, aclaración y cargo

Únicamente podrán certificar agentes de ANSES, de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez o Secretario de Paz del fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, nacionales, provinciales, municipales o privadas (éstos últimos en los casos de personas solicitantes internadas en establecimientos bajo su jurisdicción).