

<h1>SOLICITUD DE REINTEGRO</h1>		TIPO DE TRAMITE		DELEGACION			
		<input type="checkbox"/> Inmediato			DISTRITO		
1 - DATOS DEL BENEFICIARIO							
BENEFICIARIO Nº		EX-CAJA		CARACTER DE LA AFILIACION			
				TITULAR <input type="checkbox"/>	A CARGO <input type="checkbox"/>		
APELLIDO Y NOMBRES:							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: L.C. L.E. C.I. D.N.I. Nº:				EXPEDIDO POR:			
DOMICILIO							
MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL REINTEGRO DE GASTOS							
<p>Declaro asumir total responsabilidad con respecto a la veracidad o cumplimiento de los puntos siguientes: 1) No recibo servicios médicos de ninguna obra social en mi condición de jubilado por el Régimen Nacional de Previsión. 2) El domicilio denunciado es el real e informaré los cambios que pudieran ocurrir durante el trámite del reintegro que solicito. 3) La documentación presentada es legítima. 4) No existen omisiones dolosas en las declaraciones efectuadas. 5) Toda información y documentación que suministro a requerimiento del Instituto será auténtica. 6) El reintegro solicitado es el total de gastos realizado hasta la fecha por asistencia médica y medicamentos.</p> <p>Declaro tener conocimiento de que el incumplimiento de alguno de los puntos mencionados puede hacerse pasible de sanciones administrativas y eventualmente constituir la comisión de un delito.</p>							
						LUGAR Y FECHA:	
						FIRMA DEL BENEFICIARIO	
CERTIFICACION DE FIRMA							

2 - PARA SER UTILIZADO CUANDO EL GASTO FUE REALIZADO POR UN TERCERO		
APELLIDO Y NOMBRE/S		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD L.C. L.E. C.I. D.N.I. Nº:	EXPEDIDO POR:	
DOMICILIO		
A efectos de que se me conceda el reintegro de los gastos que demandara la atención del beneficiario asumo total responsabilidad por la veracidad de las manifestaciones efectuadas y el cumplimiento de los requisitos exigidos.	LUGAR Y FECHA	CERTIFICACION DE FIRMA
	FIRMA DEL SOLICITANTE	
3 - PARA SER UTILIZADO POR EL I.N.S.S.J.P.		
DOCUMENTACION VERIFICADA: <input type="checkbox"/> DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CREDENCIAL DE AFILIADO TITULAR <input type="checkbox"/> CREDENCIAL DE AFILIADO A CARGO <input type="checkbox"/> RECIBO DE HABERES MES .....	LUGAR Y FECHA	
	FIRMA Y ACLARACION	NUMERO DE LEGAJO
OBSERVACIONES:		