

Firma, aclaración y cargo: \_\_\_\_\_

Apellido/s y nombre/s				Nº de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Reside en el país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido/s y nombre/s				Nº de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Reside en el país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido/s y nombre/s				Nº de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Reside en el país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido/s y nombre/s				Nº de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Reside en el país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido/s y nombre/s				Nº de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Reside en el país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente											
Apellido/s y nombre/s				Nº de CUIT / CUIL													
Fecha de nacimiento		¿Tiene embargo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Reside en el país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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** ☐ continuó 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 S.E.S.S. 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.
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 separada/o de hecho de mi cónyuge al tiempo de su fallecimiento.

**sí** ☐ **no** ☐ me encontraba separada/o judicialmente (Juzgado \_\_\_\_\_ Secretaría \_\_\_\_\_).

**sí** ☐ **no** ☐ me encontraba separada/o judicialmente por mutuo consentimiento (artículo 67 bis C.C.) (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. Agentes provenientes de organismos provinciales: Obra Social provincial ☐ \_\_\_\_\_
2. Empleados municipales: ObSBA ☐
3. Fuerzas Armadas y de Seguridad: INSSJyP ☐ DIBA ☐ DiBPFA ☐ IOSE ☐
4. No incluidos en 1, 2 o 3: INSSJyP ☐

### 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 la ANSES, de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez/a o Secretario/a de Paz del fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano/a con registro y Directoras/es de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, nacionales, provinciales, municipales o privadas (éstas/os últimas/os en los casos de solicitantes internadas/os en establecimientos bajo su jurisdicción).