ANSES

Formulario PS. 6.18

Solicitud de Prestaciones Previsionales

Frente

1 - Tipo de prestación s	olicitada										
Jubilación (PBU-PC-PAP) Retiro po			por invalidez	nvalidez Nº de CUIT / CUIL							
Prestación por eda		Prestación por edad									
Pensión por fallecim	iento de un/a jubila	ado/a avanza	da por invali	idez							
Pensión por fallecir	niento de un/a		ocimiento de								
afiliado/a en actividad servicios											
2- Datos de la persona :	solicitante										
Apellido/s y nombre/s							Fecha d	e nacim	niento		
Domicilio					Número		Piso	1	Depto.		
Localidad - Provincia			País					(Código	o postal	
DNI N°	Nacionalidad						Teléfon	0			
Correo electrónico											
Fecha de ingreso al país	Comprobado	¿ Reside en el país	? ¿Trabaja				cibe asignaciones por otro				
,	con	Sí No N	depe Sí	endencia No [·	sisten	na? Sí No N				
¿Presenta certificado de p	luricobertura?	tiene otro beغ	_								
Sí No No			No 🗌	No I			ficioso por:				
Fecha de fallecimiento	Parentesco				II.	Орго	рот.				
3 – Datos de cónyuge o c	onviviente										
Apellido/s y nombre/s	Onvivience				N° d	e CUIL	/ CUIT				
Domicilio				N	lúmero		Piso		Depto.		
Localidad - Provincia			País					(Código	postal	
LC/LE/DNI N° Nacionalidad			Teléfo	Teléfono							
Correo electrónico											
¿Trabaja en relación de ¿Percibe asignaciones por otro sistema?			ma? ¿tier					n hijas/os			
dependencia? Sí No		Sí No	Sí [No		Sí [No [en c Sí 🔲	omún? No 🔲	
4 – Designación de perso	na apoderada pa	ara: Tramitar	☐ Per	rcibir 🗆		utor/a	- curad	or/a 🗆]		
Apellido/s y nombre/s				Nº de CUIT / CUIL							
DNI nº Parentesco con la persona solicitante			ante			N	° de carpe	ta de ge	stor/a		
Si es profesional, indicar ma	trícula, número, tom	no y folio									
Domicilio						Núm	nero	Piso	D	pto.	
Localidad - Provincia				Códig	jo postal	Telé	fono				
 Firma v aclaracić	on de la persona so	olicitante	 Firma	v aclara	ición de l	la per	sona apo	derada	—		
Certificación de identidad y firma son copia fiel de los obrantes en lo	oor autoridad compete	ente: certifico que los dato	os personales qu	ıe consign	aron de la	person	a solicitante	y apode			
presencia.											
Lugar y fecha: Firma, aclaración y cargo:											

Formulario PS. 6.18 (dorso) 5 - Banco donde desea percibir sus haberes 6 – Hijas/os solicitantes Apellido/s y nombre/s Nº de CUIT / CUIL Fecha de nacimiento ¿Tiene embargo? ¿ Reside en el país? Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente Sí No Sí No Apellido/s y nombre/s Nº de CUIT / CUIL Fecha de nacimiento Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente ¿Tiene embargo? ¿Reside en el país? No No Apellido/s y nombre/s Nº de CUIT / CUIL Fecha de nacimiento ¿Tiene embargo? ¿Reside en el país? Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente No No Apellido/s y nombre/s Nº de CUIT / CUIL Fecha de nacimiento ¿Tiene embargo? ¿Reside en el país? Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente Sí No Sí No Apellido/s y nombre/s Nº de CUIT / CUIL Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente Fecha de nacimiento ¿Reside en el país? ¿Tiene embargo? No No Apellido/s y nombre/s Nº de CUIT / CUIL Fecha de nacimiento ¿ Tiene embargo? ¿Reside en el país? Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente No No 7 - Detalle cronológico de los servicios prestados por la persona solicitante, con o sin relación de dependencia, o indicación de causales de períodos de inactividad desde el comienzo de la relación laboral hasta la actualidad y los que se declaran bajo juramento del artículo 38 de la Ley 24.241 Hasta Desde Empresa, repartición, empleador/a, Actividad principal Tarea o cargo y/o actividad por cuenta propia Día Mes Día Mes Año Año

Se requiere la consideración de los servicios registrados en el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) ante la ausencia de otra

continúo en actividad a partir de la fecha _

documentación. **Sí**

No

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 1º de la Ley Nº 17.562 De acuerdo con lo requerido por el artículo 9º de la Resolución S.E.S.S. Nº 121/76, tomo conocimiento por este acto de lo dispuesto en el artículo 1º de la Ley Nº 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
• 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 descuente 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.
Invocando el carácter de titular del presente trámite de

3			
1. Agentes provenientes de organismos provinci	ales: Obra Soci	al 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.

Formulario PS. 6.18 (dorso II)

09 - Asignaciones Familiares						
¿Solicita Asignaciones Familiares?	Sí No					
¿Con retroactivo?	Sí No No					
Las Asignaciones Familiares serán liquida	das de acuerdo a las cargas famil	iares acreditadas en ANSES.				
10 – Documentación relativa a conven	ios internacionales					
Acompaña solicitud de prestación conforme al Convenio.						
Adjunta documentación complemen	taria (detalle):					
11 – Espacio reservado para el organis	mo o entidad emisora					
12 - Observaciones						
	-	sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a				
estafa y falsificación de documentos.	s previstas en los articulos 1/2,	275, y 292 del Código Penal para los delitos de				
Lugar y fecha	,	Firma y aclaración de la persona solicitante				
		. Think y delaracion de la persona soniciante				
Certificación de identidad y firma por au	toridad competente					
Certifico que los datos personales que cor copia fiel de los obrantes en los documento se indican y tuve a la vista y que la firma fue	os de identidad que en cada caso					
		Firma, aclaración y cargo				
Lugar y fecha						

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).