

En la ciudad de _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Yo _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

Número _____ de _____ de estado civil _____ manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La(s) persona(s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica: incluir compañero(a) y/o esposo(a) (si no labora)

Nombres y apellidos completos	Tipo y No. De documento de identificación	Parentesco

2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____ número _____ de _____ quien (Si ☐ No ☐) es mi compañero(a) y/o esposo(a) permanente y (Si ☐ No ☐) convivimos desde hace _____ años ☐ meses ☐

3. Declaro que mi(s) padre (madre)(s), relacionado (a)(s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio monetario, salario, renta o pensión alguna, ni están(n) afiliado(a) (s)a otra Caja de Compensación Familiar.

Nota aclaratoria: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

<p>_____</p> <p>Firma del declarante</p>		<p>Opcional:</p> <p>_____</p> <p>Firma del declarante</p>	<p>Espacio reservado para Caja de Compensación</p>
<p>Doc. Identidad</p>	<p>De</p>	<p>Doc. Identidad</p>	