

anses	Form. PS 2.68	Acreditación de Escolaridad/ Escolaridad Especial/Formación
--------------	------------------	--

Datos del Alumno / Paciente

CUIL: **27-52431761-9** Nro.de Formulario: **013346368**
 Apellido y Nombre: **MARTINEZ AVRIL DE LOS ANGELES**
 Fecha Nacimiento: **21/05/2012**
 Domicilio de Contacto: **El Facon Nro: 1851**
 Provincia: **BUENOS AIRES** Localidad: **Marcos Paz** CP: **1727**
 Teléfono: **24063455** Correo Electrónico: **martineze3317@gmail.com**

**Datos de Escolaridad**

Ciclo Lectivo: 2019

Tipos de Certificado

<input checked="" type="radio"/> Escolar <input type="radio"/> Inicial/Jardín Grado: <input type="text" value="2"/> <input checked="" type="radio"/> Primaria/EGB Año: <input type="text"/> <input type="radio"/> Secundaria/Polimodal	<input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Formación Profesional <input type="radio"/> Curso Capacitación <input type="radio"/> Terciario	<input type="radio"/> Escuela Diferencial	<input type="radio"/> Especial <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Maestro Particular <input type="radio"/> Taller Protegido <input type="radio"/> Formación Laboral
--	---	--	--

Provincia del Establecimiento o del Instituto al que asiste: CAPITAL FEDERAL

Datos de la Escuela/Centro de Formación Profesional/Centro de Capacitación/Instituto/Universidad/ Escuela Diferencial

Nombre Establecimiento Educativo:
 Nombre del Curso/Carrera (1):

Clave Única de Establecimiento (CUE):

 Incorporado a la enseñanza Oficial?: ☐ SI ☐ No
 Marque con una cruz

Nro. de REGICE:

 Es Alumno Regular?: ☐ SI ☐ No
 Marque con una cruz

Fecha Inicio Ciclo Lectivo/Curso:

Fecha de Emisión:

Sello del Establecimiento Firma y Sello Director o Responsable

Datos del Tratamiento de Rehabilitación / Maestro Particular / Taller Protegido / Formación Laboral

Nombre del Instituto de Rehabilitación / Maestro Particular / Profesional Médico / Talleres Protegidos / Formación Laboral:

Fecha Inicio Rehabilitación / Enseñanza Particular:

CUIL / CUIT del Profesional o Instituto:

Tipo y Nº de Matrícula, Legajo o Registro del Profesional / Maestro Particular :

Fecha Emisión:

 Firma y Sello del Profesional /
 Maestro Particular o Responsable del Instituto
Para Uso Exclusivo ANSES

Fecha Recepción

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES

Observaciones



anses	Form. PS2 68	Acreditación de Escolaridad/ Escolaridad Especial/Formación
--------------	-----------------	--

Instrucciones para el llenado del Formulario

Deberán completarse todos los datos con letra clara y en imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.

Datos de la Escuela/Centro de Formación Profesional/Centro de Capacitación/Instituto/Universidad/Escuela Diferencial: Deberá ser cumplimentado únicamente en los casos que se haya consignado en Tipos de Certificado:

Escolar, Formación/Superior, Escolar Diferencial.

Los datos de este apartado deberán ser completados en su totalidad por el Director o Responsable del Establecimiento al que asiste el alumno.

(1) El campo **Nombre del Curso/Carrera** sólo deberá ser cumplimentado cuando se haya consignado Formación/Superior

Datos del Tratamiento de Rehabilitación/Maestro Particular/Taller Protegido/Formación Laboral:

Deberá ser cumplimentado únicamente en el caso que se haya consignado en Tipos de Certificado Especial.

Los datos de este apartado deberán ser completados por el Responsable que imparte el tratamiento de Rehabilitación/Profesional médico/Maestro Particular.

Este apartado no es válido para PROG.R.ES.AR

(2) **Fechas de Presentación para PROG.R.ES.AR:** Los certificados se deberán presentar entre el primer y último día hábil de cada período.

1º Agosto: desde el 1º de Agosto hasta el 30 de Noviembre, habilitando lo acumulado de Enero a Julio.

2º Diciembre: desde el 1º de Diciembre hasta el 31 de Marzo del año siguiente, habilitando lo acumulado de Agosto a Diciembre.

anses	Form. PS2 68	Acreditación de Escolaridad/ Escolaridad Especial/Formación
--------------	-----------------	--

CONSTANCIA DE RECEPCION

UDAI:

Datos del Alumno / Paciente

CUIL: 27-52431761-9

Fecha de Nacimiento: 21/05/2012

Apellidos y Nombres: MARTINEZ AVRIL DE LOS ANGELES

<p>LA LIQUIDACION DE AYUDA ESCOLAR/PROG.R.ES.AR ANUAL QUEDA CONDICIONADA AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE.</p> <p>PARA AYUDA ESCOLAR EL PLAZO DE PRESENTACIÓN ANTE ANSES ES HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO.</p> <p>PARA PROG.R.ES.AR SE DEBERÁN PRESENTAR 2 CERTIFICADOS ANUALES (2)</p> <p>UNA VEZ CUMPLIMENTADO EL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁ REMITIR EL MISMO INGRESANDO EN LA PÁGINA DE ANSES www.anses.gob.ar, O COMUNICARSE TELEFÓNICAMENTE AL 130 Y SOLICITAR UN TURNO PARA SU PRESENTACIÓN.</p>

Para Uso Exclusivo ANSES

--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha Recepción

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES