



Form.  
PS.XX

RECLAMO - ASIGNACION UNIVERSAL POR HIJO PARA PROTECCION SOCIAL

frente Código de Dependencia

UDAI

Datos del Titular

CUIL Nº Tipo y Número de Documento Nacionalidad

Apellido/s

Nombre/s

Domicilio - Calle Nº

Piso Depto. C.P. Localidad

Provincia Teléfono

Email

Seleccione el motivo de su reclamo

NO COBRÉ COBRÉ DE MENOS OTROS

Detalle los períodos por los que desea reclamar

INDICAR MOTIVO

Datos de Relaciones a Cargo

Table with columns: HIJO (Documento, Apellido/s Nombre/s, Discap. SI/NO) and MADRE / PADRE (Documento, Apellido/s Nombre/s). Rows 1-5.

Declaro bajo juramento que los menores de 18 años y discapacitados detallados precedentemente se encuentran a mi exclusivo cargo, son argentinos, nativos o por opción, naturalizados o extranjeros con residencia legal en el país no menor a 3 años, ni están emancipados, comprometiéndome a acreditar el cumplimiento de los controles sanitarios, plan de vacunación obligatorio y concurrencia de los mismos a establecimientos educativos, según corresponda.

Declaro bajo juramento que mi grupo familiar, es decir los menores de 18 años y discapacitados detallados precedentemente, el otro progenitor y yo, cumplimos con todos los requisitos establecidos en el Decreto Nº 1602/09, y sus normas reglamentarias para el cobro de esta Asignación Universal y ninguno de nosotros nos encontramos alcanzados por las incompatibilidades detalladas en el Artículo 9º del mencionado decreto.

Asimismo me notifico que si fuera comprobada la falsedad de alguno de los datos declarados en la presente se producirá la pérdida de la Asignación Universal, independientemente de las sanciones que puedan corresponder por falseamiento de datos, según las normas vigentes; y del recupero que ANSES disponga

Firma y Aclaración del Titular

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Fecha y Selo de Recepción



Form.  
PS.XX

RECLAMO UNIVERSAL POR HIJO PARA PROTECCION SOCIAL ASIGNACION

CUIL Titular Tipo y numero de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Seleccione el motivo de su reclamo

NO COBRÉ COBRÉ DE MENOS OTROS

Seleccione los períodos por los que desea reclamar

INDICAR MOTIVO

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Fecha y Selo de Recepción

Constancia de Recepción