



Form.  
PS.6.18

**Solicitud de Prestaciones Previsionales**

Frente

**I - Tipo de Prestación Solicitada**

<input type="checkbox"/> Prestación Básica Universal-PC-PAP	<input type="checkbox"/> Retiro por Invalidez
<input type="checkbox"/> Prestación Por Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> PEA Por Invalidez
<input type="checkbox"/> Pensión por Fallecimiento de un jubilado	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Pensión por fallecimiento de un afiliado en actividad	<input type="checkbox"/> Reconocimiento de servicios: Para

N° de CUIT/CUIL

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

**2 - Identificación del Afiliado**

Apellido y Nombre/s										Fecha de Nacimiento			
Domicilio										Número		Piso	Dpto.
Localidad - Provincia					País					Cód. Postal			
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°			CI N°		Expedida por			Nacionalidad		Teléfono			
Fecha de ingreso al país		Comprobado con		Reside en el país		Trabaja en relación de dependencia?			Percibe asignaciones p/ otro :				
				Si No		Si No			Si No				
Presenta certificado de pluricobertura			Tiene otro beneficio?				Opción por el régimen mas beneficioso						
Si No			Si No				Opto por:						
Fecha de Fallecimiento			Parentesco										

**03-Identificación Cónyuge o Conviviente**

Apellido y Nombre/s					N° de CUIT/ CUIL							
Domicilio					Número		Piso	Dpto.				
Localidad - Provincia					País					Cód. Postal		
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°			CI N°		Expedida por		Nacionalidad		Teléfono			
Trabaja en relación de dependencia?			Percibe asignaciones p/otro sistema?			Tiene Embargo?		Reside en el País		Poseen hijos en común?		
Si No			Si No			Si No		Si No		Si No		

**04 - Designación de Apoderado para : Tramitar  y/o Percibir  o Tutor/Curador**

Apellido y Nombre/s					N° de CUIT/CUIL						
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°			CI N°		Expedida por		Parentesco con el causante		N° de Carpeta Gestor		
Si es profesional Indicar Matrícula , Número, Tomo y Folio											
Domicilio					Número		Piso		Dpto.		
Localidad - Provincia			Cód. Postal		Teléfono						

Firma y Aclaración del Poderdante

Firma y Aclaración del Apoderado

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente : Certifico que los datos personales del poderdante y apoderado consignados, son copia fiel del/ los obrantes en el /los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.”

Lugar y fecha .....y Firma, Aclaración y Cargo

**5 - Banco donde desea Percibir sus Haberes**

--

**06- Identificación: Hijo/s solicitantes**

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL					
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente					

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL					
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente					

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL					
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente					

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL					
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente					

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL					
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente					

Apellido y Nombre/s			N° de CUIT/CUIL					
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Opta por el Beneficio que acuerda la presente					

**07. Detalle Cronológico de los Servicios Prestados por el Afiliado 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 de Ley 24.241 Art. 38.**

Empresa, Repartición, Empleador y/o Actividad por Cuenta Propia	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Se requiere la consideración de los servicios registrados en SIPA ante la ausencia de otra documentación  
 Si  No  continuó en actividad a partir de fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**08 Declaraciones Juradas para algunos beneficios:**

**• Jubilaciones**

- Declaración Jurada Ley N° 24013:  
Manifiesto bajo declaración jurada:  
Si  No  haber solicitado la prestación por desempleo  
(Marcar lo que corresponda)

**En caso negativo, adquiero el compromiso de NO solicitarlo**

**• Pensiones**

**• DDJJ Artículo 1° de la Ley N° 17562**

Atento lo requerido por el art 9 de la Res S.E.S.S. N° 121/76 tomo conocimiento por este acto de lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N° 17562 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:

- Si  No  Me encontraba separada /o de hecho de mi cónyuge al tiempo de su fallecimiento.
- Si  No  Me encontraba separada /o judicialmente (Juzgado \_\_\_\_\_ Secretaria \_\_\_\_\_).
- Si  No  Me encontraba separada /o judicialmente por mutuo consentimiento (art. 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 24.476

Invocando el carácter de titular del presente trámite de \_\_\_\_\_

Si  No  formulo mi aceptación para que ANSES descunte las cuotas mensuales del plan de regularización de la deuda por el que opté, cuyo vencimiento no se hubiera operado a la fecha del inicio de ésta 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.  
(Marcar lo que corresponda)

**• Asignación de Obra Social:**

Solicito la asignación de la siguiente obra Social:

1. Agentes provenientes de Org.Pciales: Obra Social Provincial  \_\_\_\_\_
2. Empleados Municipales  Ob.S.BA
3. Fuerzas Armadas y de Seguridad  INSSJ y P  D.I.B.A  Di.B.P.F.A.  I.O.S.E
4. No incluidos en 1.2 o 3 :  INSS J y P

**• Adicional por Domicilio en Zona Austral**

Si  No  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 el mismo,  
(Marcar lo que corresponda)

**09 - ASIGNACIONES FAMILIARES**

¿Solicita AA.FF?  Si  No

¿Con Retroactivo?  Si  No

**“Las AA.FF. serán liquidadas de acuerdo a las cargas familiares ACREDITADAS en el sistema ADP”**

**10 - DOCUMENTACION RELATIVA A CONVENIOS INTERNACIONALES**

Acompaña Solicitud de Prestación Conforme al Convenio

Adjunta Documentación Complementaria (Detalle)

**11 - ESPACIO RESERVADO PARA EL ORGANISMO/ENTIDAD EMISOR/A**

**12 - OBSERVACIONES**

**El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Solicitante

**Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente**

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma, Aclaración y Cargo

Únicamente podrán certificar funcionarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez o Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con Registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, estos últimos, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.