

ANSESForm.
PS.3.23**Declaración Jurada Prestación
por Desempleo**

Frente

UDAI

Fecha de Inicio

Datos del Titular

Número de CUIL 	Apellido y Nombre						
Tipo y N° de Documento 	Prov. Emis	Nacionalidad			Estado Civil		
Domicilio - Calle o Paraje Rural			Número	Piso	Dpto.	C. Postal	Teléfono
Localidad	Provincia			Dirección de Correo Electrónico			

Marque con una "X" en el casillero que corresponda

¿Percibe una Jubilación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se encuentra gestionando una Jubilación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Percibe un Programa de Empleo o Social o una Pensión no Contributiva?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Padece o padeció un accidente o una enfermedad laboral?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Percibe o percibió cobertura de ART?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Trabaja o trabajó después del cese?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Trabajó como Docente/Agrario/Servicio Doméstico en los últimos 36 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Realiza o realizó aportes como Autónomo / Monotributista en los últimos 36 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Realiza o realizó aportes jubilatorios voluntarios en los últimos 36 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si es Trabajador de la Construcción: ¿Percibió el Fondo de Cese Laboral?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿La documentación que aporta se refiere a su último empleo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Usted o su cónyuge o concubina está embarazada? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Meses de gestación _____		
¿Tiene Hijos a cargo? * SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos? _____		
¿Tiene Hijos con Discapacidad? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos? _____		

*Si es afirmativo debe completar el dorso del formulario

Datos del/la Cónyuge / Concubino/a

Número de CUIL 	Apellido y Nombre		
Tipo y N° de Documento 	Prov. Emis	Nacionalidad	Percibe Asignaciones Familiares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

El presente formulario reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292, y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos. Manifiesto conocer las normas vigentes de la Prestación por Desempleo consignadas en las Cartillas informativas recibidas

Firma del Titular

Reservado ANSES

Firma del Operador

Sello de Recepción de ANSES

Detalle de Hijos a Cargo del Titular

N° de CUIL	Apellido/s y Nombre/s		Fecha de Nacim		Doc. Identidad		Discapacitado padre/madre percibe AAFF	Otro padre/madre percibe AAFF	N° de CUIL del Otro padre/madre*	Apellido/s y Nombre/s del otro padre/madre*
	D	M	A	Tipo	Número					
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		
							Si No	Si No		

Se recuerda que desde la fecha de recepción del presente formulario en ANSES, tiene 30 días para presentar el certificado médico en el caso de haber declarado su estado de embarazo o de su cónyuge o concubina y/o para presentar documentación a fin de actualizar la información de sus relaciones familiares, en caso de no contar esta ANSES con la misma. Si la presentación de la documentación ante ANSES de las novedades, se realiza con posterioridad a los 30 días indicados anteriormente no tendrá derecho al pago de asignaciones familiares.

***Cumplimentar sólo si el padre / madre cobra Asignaciones Familiares**

Recibí las Cartillas de Asignaciones Familiares, las que establecen los requisitos y documentación a presentar para el cobro de las mismas, quedando debidamente notificado del Régimen de Asignaciones Familiares vigente. Si No

Fecha ____/____/____

Firma y Aclaración del Titular