



# ANSES

Form.  
PS.6.253**Solicitud de Pago de Haberes  
Devengados Res. D.E. Nº 1178/02  
y/o Subsidio de Contención  
Familiar Decreto Nº 599/06**

Frente

Nº de CUIT/CUIL

**I - Identificación del Causante**

Apellido y Nombres/s										
Domicilio							Número	Piso	Depto.	
Localidad - Provincia					País			Cód. Postal		
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero Nº			CI: Nº		Expedida por:		Cód.	Teléfono		
Fecha de Nacimiento		Sexo	Fecha Ingreso al País		Nacionalidad		Cód.	Comprobado con:		
Estado Civil		Separado de Hecho				Separado Legalmente o Divorciado				
Casado	<input type="checkbox"/>	Desde	Autoridad ante quien formuló Denuncia			Desde	Acción Judicial Iniciada Ante:			
Soltero	<input type="checkbox"/>									
Viudo	<input type="checkbox"/>									
Reside en el País		Tiene otro Beneficio?		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Clase	Nº de Expediente		Nº de Beneficio		Ex - Caja o Instituto	

Nº de CUIT/CUIL

**II - Identificación del Solicitante – Pariente por Consanguinidad**

Apellido y Nombres/s											
Domicilio							Número	Piso	Depto.		
Localidad - Provincia					País			Cód. Postal			
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero Nº			CI: Nº		Expedida por:		Cód.	Teléfono			
Fecha de Nacimiento		Sexo	Fecha Ingreso al País		Nacionalidad		Cód.	Comprobado con:			
Estado Civil		Pariente por Consanguinidad									
Casado	<input type="checkbox"/>	Línea descendente hasta tercer grado				<input type="checkbox"/>					
Soltero	<input type="checkbox"/>	Línea ascendente hasta tercer grado				<input type="checkbox"/>					
Viudo	<input type="checkbox"/>	En primera línea colateral hasta cuarto grado				<input type="checkbox"/>					

Nº de CUIT/CUIL

**III - Identificación del Solicitante – Tercero que acredite haber sufragado gastos  
(únicamente por Haberes Devengados - Resolución D.E. Nº 1178/02)**

Apellido y Nombres/s											
Domicilio							Número	Piso	Depto.		
Localidad - Provincia					País			Cód. Postal			
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero Nº			CI: Nº		Expedida por:		Cód.	Teléfono			
Fecha de Nacimiento		Sexo	Fecha Ingreso al País		Nacionalidad		Cód.	Comprobado con:			
Estado Civil		Tercero que acredite haber sufragado gastos									
Casado	<input type="checkbox"/>	Gastos de Sepelio				Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Soltero	<input type="checkbox"/>	Gastos de la Última Enfermedad				Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Viudo	<input type="checkbox"/>										

Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicito el pago de:

- Haberes devengados sin exigencia de juicio sucesorio (Resolución D.E. N° 1178/02)
- Subsidio de Contención Familiar (Decreto N° 599/06)

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

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

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

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

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

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