



Form. PS.6.18

Solicitud de Prestaciones Previsionales

Frente

1 - Tipo de Prestación Solicitada

<input type="checkbox"/> Prestación Básica Universal	<input type="checkbox"/> Retiro por Invalidez	N° de CUIT /CUIL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Prestación Compensatoria	<input type="checkbox"/> Pensión por Fallecimiento	
<input type="checkbox"/> Prestación Adicional por Permanencia	<input type="checkbox"/> Otros	
<input type="checkbox"/> Prestación por Edad Avanzada		

2 - Identificación del Afiliado

Apellido y Nombre/s				Número			Piso		Dpto.		
Domicilio				Localidad -Provincia			País			Cód. Postal	
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°			CI N°		Expedida por		Cód.		Teléfono		
Fecha de Nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha Ingreso al País		Nacionalidad		Cód.		Comprobado con:	
Estado Civil		Separado de Hecho				Separado Legalmente o Divorciado					
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo		Desde		Autoridad ante quien formuló la Denuncia		Desde		Acción Judicial iniciada ante:		Secretaría	
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente								Juzgado			
Reside en el País?		Trabaja en Relación de Dependencia?		Percibe Asignaciones para otro sistema?		Opción por el Regimen más beneficioso					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Opto por:					
Presenta certificado de pluricobertura?		Tiene Otro Beneficio?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Clase		N° de Expediente		N° de Beneficio		Ex-Caja o Instituto			
Tiene Otro Reconocimiento de Servicios?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
N° de Expediente			Ex-Caja o Instituto		Obra Social			N° Afiliado			
				Fecha Fallecim. Afiliado /Libitado		Inscripción					
						Tomo		Folio		Jurisdicción	

3 - Identificación : Cónyuge y/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		
Sexo		Fecha de Nacimiento		Fecha de Matrimonio		Inscripción		Jurisdicción		Tiene Embargo?	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						Tomo		Folio		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trabaja en Relación de Dependencia?			Percibe Asignaciones para otro sistema?		Es cónyuge discapacitado?		Reside en el País?		Posee hijos en común?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tiene algún otro Beneficio?											
Clase		N° de Expediente		N° de Beneficio			Ex-Caja o Instituto				

4 - Banco Donde Desea Percibir sus Haberes

--

5 - Asignaciones Familiares

Solicita AAFP?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Con Retroactivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

6 - Documentación Relativa a Convenios Internacionales

<input type="checkbox"/> Acompaña Solicitud de Prestación Conforme al Convenio
<input type="checkbox"/> Adjunta Documentación Complementaria (Detalle)

7 - Espacio Reservado para el Organismo / Entidad Emisora

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

--

8- Identificación: Hijo/s

Apellido y Nombre/s					N° de CUIT /CUIL						
Domicilio					Número		Piso		Dpto.		
Localidad -Provincia					País		Cód. Postal		Teléfono		
LE-LC-DNI N°			CIN°		Expedida por		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil		
Fecha de Nacimiento		Inscripción Tomo		Folio		Jurisdicción		Embargo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Reside en el País? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actividad que Realiza
Indicar escolaridad que cursa			Se encuentra laboralmente incapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Es discapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			O pta por el beneficio que acuerda la presente solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Goza de Jubilación, Pensión, Retiro o Prestación No Contributiva					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Clase			N° de Beneficio		Ex-Caja o Instituto						
Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador					N° de CUIT /CUIL					Fecha de Testimonio	
LE-LC-DNI N°			Domicilio -Calle					Número		Piso	Dpto.
Localidad			Provincia					Cód. Postal		Teléfono	

Apellido y Nombre/s					N° de CUIT /CUIL						
Domicilio					Número		Piso		Dpto.		
Localidad -Provincia					País		Cód. Postal		Teléfono		
LE-LC-DNI N°			CIN°		Expedida por		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil		
Fecha de Nacimiento		Inscripción Tomo		Folio		Jurisdicción		Embargo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Reside en el País? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actividad que Realiza
Indicar escolaridad que cursa			Se encuentra laboralmente incapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Es discapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			O pta por el beneficio que acuerda la presente solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Goza de Jubilación, Pensión, Retiro o Prestación No Contributiva					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Clase			N° de Beneficio		Ex-Caja o Instituto						
Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador					N° de CUIT /CUIL					Fecha de Testimonio	
LE-LC-DNI N°			Domicilio -Calle					Número		Piso	Dpto.
Localidad			Provincia					Cód. Postal		Teléfono	

Apellido y Nombre/s					N° de CUIT /CUIL						
Domicilio					Número		Piso		Dpto.		
Localidad -Provincia					País		Cód. Postal		Teléfono		
LE-LC-DNI N°			CIN°		Expedida por		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil		
Fecha de Nacimiento		Inscripción Tomo		Folio		Jurisdicción		Embargo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Reside en el País? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actividad que Realiza
Indicar escolaridad que cursa			Se encuentra laboralmente incapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Es discapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			O pta por el beneficio que acuerda la presente solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Goza de Jubilación, Pensión, Retiro o Prestación No Contributiva					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Clase			N° de Beneficio		Ex-Caja o Instituto						
Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador					N° de CUIT /CUIL					Fecha de Testimonio	
LE-LC-DNI N°			Domicilio -Calle					Número		Piso	Dpto.
Localidad			Provincia					Cód. Postal		Teléfono	

Apellido y Nombre/s				N° de CUIT /CUIL			
Domicilio				Número	Piso	Dpto.	
Localidad -Provincia				País	Cód. Postal	Teléfono	
LE-LC-DNI N°		CI N°		Expedida por	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	
Fecha de Nacimiento	Inscripción Tomo	Folio	Jurisdicción	Embargo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el País? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actividad que Realiza	
Indicar escolaridad que cursa	Se encuentra laboralmente incapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Es discapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opta por el beneficio que acuerda la presente solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Goza de Jubilación, Pensión, Retiro o Prestación No Contributiva				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Clase		N° de Beneficio		Ex-Caja o Instituto			
Apellido y Nombre/s del Tutor o Curador				N° de CUIT /CUIL			
Fecha de Testimonio							
LE-LC-DNI N°		Domicilio -Calle		Número	Piso	Dpto.	
Localidad		Provincia		Cód. Postal	Teléfono		

9-Identificación: Menores a cargo, a solo efecto de Solicitud de Asignaciones Familiares(*)

Apellido y Nombre/s				N° de CUIT /CUIL			
Domicilio				Número	Piso	Dpto.	
Localidad -Provincia				País	Cód. Postal	Teléfono	
LE-LC-DNI N°		CI N°		Expedida por	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	
Fecha de Nacimiento	Inscripción Tomo	Folio	Jurisdicción	Embargo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el País? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actividad que Realiza	
Indicar escolaridad que cursa	Se encuentra laboralmente incapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Es discapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opta por el beneficio que acuerda la presente solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Goza de Jubilación, Pensión, Retiro o Prestación No Contributiva				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Clase		N° de Beneficio		Ex-Caja o Instituto			
Apellido y Nombre/s de Padre o Madre				N° de CUIT /CUIL			
Fecha de Nacimiento							
LE-LC-DNI N°		Domicilio -Calle		Número	Piso	Dpto.	
Localidad		Provincia		Cód. Postal	Teléfono		

Apellido y Nombre/s				N° de CUIT /CUIL			
Domicilio				Número	Piso	Dpto.	
Localidad -Provincia				País	Cód. Postal	Teléfono	
LE-LC-DNI N°		CI N°		Expedida por	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	
Fecha de Nacimiento	Inscripción Tomo	Folio	Jurisdicción	Embargo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reside en el País? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actividad que Realiza	
Indicar escolaridad que cursa	Se encuentra laboralmente incapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Es discapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Opta por el beneficio que acuerda la presente solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Goza de Jubilación, Pensión, Retiro o Prestación No Contributiva				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Clase		N° de Beneficio		Ex-Caja o Instituto			
Apellido y Nombre/s de Padre o Madre				N° de CUIT /CUIL			
Fecha de Nacimiento							
LE-LC-DNI N°		Domicilio -Calle		Número	Piso	Dpto.	
Localidad		Provincia		Cód. Postal	Teléfono		

(*) Detallar hijo/s y/o menor/es a cargo, cuyos padres o madres sean distintos a los declarados en los rubros 2 y/o 3.

10 - 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

11 - Designación de Apoderado para: Tramitar y/o Percibir

Apellido y Nombre/s					Nº de CUIT /CUIL					
LE-LC-DNI Nº			CI Nº		Expedida por			Nº de Carpeta o Gestor		
Fecha de Nacimiento		Nacionalidad		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>		Parentesco con el Causante		
Si es Profesional indicar Matricula				Nº		Tomo		Folio		
Domicilio -Calle						Número		Piso		Dpto.
Localidad -Provincia				Cód. Postal		Teléfono				
Firma y Aclaración del Apoderado										

Observaciones

Solicito el Beneficio y/o Asignaciones Familiares Si No continúo en actividad a partir de fecha ____/____/____

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 obrante/s 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