

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.

