



Caja Municipal de Jubilaciones y Pensiones de Santa Fe

San Gerónimo 2985 – Santa Fe

Tel.: 0342 - 4523606 - 4536133

Se recuerda que todos los datos consignados en el presente Formulario revisten carácter de **Declaración Jurada**

SOLICITUD DE PAGO DE ASIGNACIONES FAMILIARES Y/O AFILIACIÓN A OBRA SOCIAL

1- DATOS DEL SOLICITANTE

JUBILADO

PENSIONADO

EN TRÁMITE DE BENEF. PREVISIONAL

Nro. De Beneficio:

Fecha de Vigencia:

Tipo:

Apellidos y Nombres:

Tipo y Nro de Doc.:

Fecha de Nac.: / /

Domicilio:

Número:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Tel. Fijo:

Teléfono Celular:

E- mail:

Estado Civil:

Nombre de Cónyuge o

Conviviente:

Doc. Identidad

Fecha de Nac.: / /

Se certifican sólo datos

FIRMA:

personales:

2- DATOS DE FAMILIARES A CARGO Y POR QUIENES SOLICITA EL PAGO DE ASIGNACIÓN

Declaro que actualmente **NO PERCIBO ASIGNACIONES FAMILIARES** en otro ámbito público ni privado y que además me comprometo a **notificar cualquier hecho que produjera la modificación** en el cobro de las Asignaciones Familiares.

*Vínculo (Cónyuge/ Hijo)	Apellido y Nombre	Nº de DNI	Fecha de Nac.	SI ESTUDIA Año y Nivel (primario/ Secund/Sup)	Discapacidad (Si/No)	Comparte Domicilio con Titular SI / NO	Cumplimenta

IMPORTANTE:

*Para la percepción de **ASIGNACION FAMILIAR POR ESPOSA y/o HIJO INCAPACITADO**, entre los meses de OCTUBRE a DICIEMBRE de cada año deberá presentar el respectivo **Certificado de Supervivencia**.-

** Para la percepción de **ASIGNACION FAMILIAR POR ESCOLARIDAD E HIJO**, todos los años deberá presentar los Certificados de Iniciación de Curso lectivo (**PRESENTAR DENTRO DE LOS 60 DÍAS POSTERIORES**).

En caso de HIJOS CON DISCAPACIDAD o MENORES A CARGO, deberá iniciar el expediente respectivo para el cobro de las Asignaciones correspondientes

3- DATOS DE QUIENES SE SOLICITA AFILIACIÓN EN OBRA SOCIAL IAPOS

*Vínculo (Cónyuge/ Hijo/ Menor o Filiar. a	Apellido y Nombre	Nº de DNI	Fecha de Nac.	Capacidad Diferente (Si/No)	Comparte Domicilio con Titular SI / NO	Indicar: * Adherente * Hijo Estudiante	Cumplimenta

4- JUBILADOS DE MUNICIPALIDAD DE SANTA FE:

Deberá designar **BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA**, caso contrario, al momento de Fallecimiento deberá presentar **DECLARATORIA DE HEREDEROS JUDICIAL**.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad y que he sido notificado de los requisitos exigidos para tal fin.

Lugar y Fecha SANTA FE,

Firma y Aclaración :

Firma y Sello del

Personal que Certifica:

