

Frente

**1 - Tipo de Prestación Solicitada**

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

**2- Identificación del Afiliado**

Apellido y Nombre/s				
Domicilio		Número	Piso	Depto.
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"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	Desde	Autoridad ante quien formuló la Denuncia	Desde	Acción Judicial iniciada ante: Juzgado      Secretaría
Reside en el País	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/Jubilado	Inscripción		
	Tomo	Folio	Jurisdicción

**3- Identificación : Cónyuge y/o Conviviente**

Apellido y Nombre/s						
Domicilio		Número	Piso	Dpto.		
Localidad - Provincia		Cód. Postal	N° de CUIT / CUIL			
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°	CI N°	Expedida por	Teléfono			
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Fecha de Matrimonio	Inscripción Tomo	Folio	Jurisdicción	Fecha de Convivencia
Trabaja en Relación de Dependencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Percebe Salario Familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Reside en el País? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Posee Hijos en Común? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tiene algún otro Beneficio?						
Clase		N° de Beneficio	Ex-Caja o Instituto			

**4- Documentación Exhibida**

Doc. Identidad Tipo:		<input type="checkbox"/> Partida Nacimiento Legalizada	<input type="checkbox"/> Acta Matrimonio Actualizada <input type="checkbox"/> Libreta Matrimonio	<input type="checkbox"/> Doc. Identidad Cónyuge <input type="checkbox"/> Partida Nacimiento Hijos Menores	<input type="checkbox"/> Doc. Identidad Hijos Menores <input type="checkbox"/> Partida Defunción
<input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> DNI				

**5- Banco donde desea percibir sus Haberes**

--

**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**

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

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

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

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

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

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

**9- 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

**10- Designación de Apoderado para Tramitar  y/o Percibir**

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

**Observaciones:**

Solicitó el Beneficio y Sí  No  continuó en actividad a partir de la Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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