



REPUBLICA ARGENTINA
 PROVINCIA DEL CHUBUT
 Instituto de Seguridad Social
 y Seguros

AMAS DE CASA LEY XVIII N° 20

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

DATOS IDENTIFICATORIOS

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento: Lugar:

Documento de Identidad (Tipo/Nro.): Teléfono:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

LEY XVII N° 20 Y DTO. REGLAMENTARIO N° 1367/89.
 Fecha sanción Ley: 24/10/1985
 Edad máxima afiliación: 55 años.
 Edad min. req. para obtener el beneficio: 55 años.
 Servicios requeridos: 30 años.
 Aportes mínimos a esta Ley: 10 años.

Edad a la afiliación:

Cumple 18 años: / /

CUMPLIMENTADOS

ACREDITACIÓN AMA DE CASA. Decreto Reglamentario N° 1367/89
 "Artículo 1º) a) Declaración jurada de la presente manifestando no desempeñar tareas en relación de dependencia ni de carácter autónomo; y carecer del goce de beneficio previsional alguno, salvo Pensión por viudez. b) Acta de matrimonio o sentencia judicial, o cualquier instrumento público o instrucción sumaria, que acredite tener a su cargo o pertenecer a un grupo familiar cumpliendo funciones de ama de casa".

a) Si No

b) Si No

ACREDITACIÓN DE DOMICILIO. Decreto Reglamentario N° 1367/89
 "Artículo 15º) A los efectos de acreditar la residencia en la Provincia del Chubut, prevista en el artículo 13º de la Ley será único medio de prueba, la fotocopia autenticada del documento de identidad en la parte pertinente.

Si No

DECLARACIÓN JURADA 18 AÑOS. Decreto Reglamentario N° 1367/89 "Artículo 2º) Las Amas de Casa que pretendan incorporarse al sistema deberán declarar bajo juramento todo otro servicio que hubieren prestado desde los dieciocho (18) años ya sea en relación de dependencia o autónomo, para su posterior cómputo, si correspondiere.

Si No

EXÁMEN PSICOFÍSICO. El I.S.S. y S. dispondrá que la afiliación o reafiliación quede condicionada a que la afiliada se someta a un examen psicofísico a fin de verificar la capacidad laborativa (Decreto Reglamentario N° 1367/89 "Artículo 7º). A tal fin deberá presentar los siguientes estudios médicos:

1) ANÁLISIS DE LABORATORIO.

2) RX TÓRAX (FRENTE Y PERFIL)

3) RX COLUMNA LUMBOSACRA (FRENTE Y PERFIL)

4) ELECTROCARDIOGRAMA

1) Si No

2) Si No

3) Si No

4) Si No

LUGAR Y FECHA: _____

ACLARACIÓN: _____ FIRMA: _____

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE.

LUGAR Y FECHA: _____

ACLARACIÓN: _____ FIRMA: _____