



República Argentina  
 PROVINCIA DEL CHUBUT  
 SECRETARIA DE SALUD  
 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
 Y SEGUROS

**CORRESPONDE EXPTE. N°:** \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE:**

(Marcar con una (x) según corresponda)

- JUBILACION: \_\_\_\_\_  
 Tipo de beneficio \_\_\_\_\_
- PENSION: \_\_\_\_\_
- RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS: \_\_\_\_\_  
 Para: \_\_\_\_\_

Todos los datos de este formulario revisten carácter de declaración jurada.

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO					
1	APELLIDO/S COMPLETOS	NOMBRE/S COMPLETOS		SEXO	
	FECHA DE NACIMIENTO	LIBRETA DE ENROLAMIENTO N°	D.N.I. N°	LIBRETA CIVICA N°	CEDULA DE IDENTIDAD N°
					NACIONALIDAD

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE JUBILACION O RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS	
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO DE HECHO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO LEGALMENTE O DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO
	DESDE: ____ / ____ / ____    AUTORIDAD ANTE QUIEN SE FORMULO LA DENUNCIA: _____ DESDE: ____ / ____ / ____    ACCION JUDICIAL INICIADA ANTE JUZGADO: _____ SECRETARIA _____
¿TIENE OTRO BENEFICIO OTORGADO POR TRAMITE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    TIPO DE BENEFICIO: _____
¿EN QUE CAJA O INSTITUTO?	EXPTE. N°: _____
¿HA INICIADO EXPEDIENTE CON ANTERIORIDAD EN ESTE INSTITUTO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    EXPTE. N°: _____
¿RETIRO APORTE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    CAJA/S: _____
¿COMPUTARA SERVICIOS EN OTRAS CAJAS?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSION (CONYUGES, HIJOS, PADRES, HERMANOS)							
2	APELLIDO/S NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	NACIO			¿ES INCA-PACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿DEPENDE DE UD.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			DIA	MES	AÑO		

**REQUIERA LAS INSTRUCCIONES DONDE SE INDICA LA DOCUMENTACION QUE DEBE ACOMPAÑAR CON ESTA SOLICITUD**