



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