

Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA PARA PERCEPCIÓN DE ASIGNACIONES FAMILIARES

SOLICITA ASIGNACIÓN POR:

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hijo/Menor bajo guarda/escolarizado | <input type="checkbox"/> Hijo Incapacitado | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/Conviviente | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Conviviente Incapacitado | <input type="checkbox"/> Prenatal |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento | <input type="checkbox"/> Familiares a cargo | <input type="checkbox"/> Adopción |

Fecha:

1- DATOS DEL SOLICITANTE

Jubilado Pensionado

Número de Beneficio:

Apellido y Nombre:

DNI / LC / LE / Otro:

Estado Civil: Casado/a Soltero/a o Viudo/a
 Concubino/a Divorciado/a

Domicilio: Localidad: Provincia:

Teléfono/Celular: E-mail:

2- DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Apellido y Nombre:

DNI / LC / LE / Otro: Fecha Nac:

¿Es discapacitado/a? Sí No

Relación con el solicitante: Esposo/a Concubino/a

¿Trabaja? Sí No ¿Dónde?

¿Es jubilado/a? Sí No ¿Dónde?

¿Percibe Salario Familiar? Sí No ¿Por qué familiares?

IMPORTANTE: La presente declaración así como la documental que acompañe a la misma no será considerada suficiente a los fines de futuras solicitudes de trámites pensionarios, quedando éstos sujetos y en su caso a la documentación de acreditación de convivencia que resulte exigible.

3- DATOS DE HIJOS/AS – MENORES BAJO GUARDA O TUTELA

Hijos/as o menores bajo guarda o tutela, hasta los 26 años, siempre y cuando estudien, o sí n limite de edad si fueran incapacitados, que se encuentren a mi cargo.

Apellido y Nombre	Fecha Nac	¿Estudia?	¿Trabaja?	¿Es discapacitado?	¿Vive con ud?	Parentesco

Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA PARA PERCEPCIÓN DE ASIGNACIONES FAMILIARES

4- PRENATAL

Datos del otro Progenitor/a (no quién solicita):

Apellido y Nombre del otro Progenitor/a:

DNI / LC / LE / Otro:

¿Trabaja? Si No
¿Percibirá el pago de prenatal? Si No

5- OTROS FAMILIARES A CARGO

Padres o hermanos a cargo. (Consultar requisitos)

Apellido y Nombre	¿Es incapacitado/a?	¿Percibe algún ingreso?	¿Vive con ud?	Parentesco

6- NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

¿Presta conformidad para que se le realicen NOTIFICACIONES VÍA E-MAIL?

Declaro que presto conformidad para que el Instituto de Seguridad Social y Seguros de la Provincia del Chubut envíe notificaciones que correspondan a este trámite de forma electrónica, a través del e-mail inscripto en 1 - DATOS DEL SOLICITANTE, aceptando la validez de las mismas y sustituyendo cualquier notificación vía papel.

Escriba Sí o NO

7- FIRMAS

DECLARO bajo juramento y en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en el presente formulario son ciertos y correctos, y me comprometo a comunicar cualquier cambio que se produzca en los datos aquí consignados. Asimismo, tengo conocimiento de las penalidades que dispone el art. 293 del Código Penal en cuanto a las faltas incurridentes referentes a la falsedad de lo declarado.

Firma de quién solicita

Aclaración de firma

CERTIFICO que la firma o impresión digital precedente en este formulario, han sido puestas en mi presencia.

*Firma de Autoridad Competente

Lugar y Fecha

*Las autoridades competentes para certificar la firma a que se hace referencia precedentemente son: Funcionarios de este Instituto, Escribano Público, Juez de Paz, Funcionarios Policiales, o Directores provinciales, nacionales o municipales en los casos donde el solicitante este bajo su Dirección.