

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.