



**INSTITUTO MUNICIPAL DE  
PREVISION SOCIAL DE  
ROSARIO**

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN  
ESTE FORMULARIO, REVISTEN EL  
CARACTER DE DECLARACION JURADA

**SOLICITUD DE**

(Marcar con X el casillero correspondiente)

JUBILACION \_\_\_\_\_  PENSION

Tipo de beneficio

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS PARA: \_\_\_\_\_

Al señor

PRESIDENTE DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVISION SOCIAL DE ROSARIO

Don:

DATOS DEL AFILIADO (llenar en todos los casos)

(\*) Indicar con X el casillero correspondiente ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO, VER INSTRUCCIONES.

APELLIDO Y NOMBRE/S COMPLETO/S				
Fecha Nacimiento		NACIONALIDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD *	
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Libreta enrolamiento <input type="checkbox"/> Libreta cívica <input type="checkbox"/> Documento Nac. de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad	
			N° _____ N° _____ N° _____ Policía _____	
NOMBRE DEL PADRE: _____			VIVE: _____	
NOMBRE DE LA MADRE: _____			VIVE: _____	
ESTADO CIVIL *				
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado de hecho (1) <input type="checkbox"/> Separado legalmente o divorciado (2)				
(1) Desde ..... / ..... / .....		Autoridad ante quien formuló la denuncia: _____		
(2) Desde ..... / ..... / .....		Acción judicial iniciada ante: Juzgado _____ Secretaría _____		
Reside en el país*	¿Es afiliado de Obra Social?*	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indicar:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Obra Social _____	N° de Afiliado: _____		
¿TIENE OTRO BENEFICIO? *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otorgado * * en trámite	En caso afirmativo, indicar:	
Clase _____	N° de beneficio _____	Expediente N° _____		
Caja o Instituto _____				
¿HA SOLICITADO RECONOCIMIENTO DE SERVICIO? *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indicar:		
Caja _____	Expediente N° _____			
¿Trabaja en otra actividad en relación de dependencia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Continuará?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
FECHA DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR DEL BENEFICIO ..... / ..... / ..... Matrimonio: Fecha ..... / ..... / ..... Acta:				
DATOS DEL CONYUGE (llenar en casos de solicitud de jubilación o pensión) o CONYUGE DE HECHO		Fecha Nacimiento	NACIONALIDAD	
APELLIDO/S Y NOMBRE/S COMPLETO/S		Día	Mes	Año
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		<input type="checkbox"/> Libreta enrolamiento <input type="checkbox"/> Libreta cívica <input type="checkbox"/> Documento Nac. Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad		
N°.....		N°.....		
Pcia. y Lugar de emisión: .....				
RESIDE EN EL PAIS* ¿Tiene algún beneficio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otorgado <input type="checkbox"/> en trámite <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indicar:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Clase .....	N° de beneficio .....	Expediente N° .....	
Caja o Instituto .....				
¿TRABAJA EN RELACION DE DEPENDENCIA? *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Percibe Salario Familiar? *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Por quién? <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo/s		





(\*) Únicamente podrán certificar funcionarios de las Cajas Nacionales de Previsión; de los Organismos y Agencias de la Dirección Nacional de Recaudación Previsional y de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, de la Policía, Gendarmería Nacional, Prefectura Nacional Marítima, Juez de Paz, Escribano con Registro y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.

#### DATOS DE OTROS FAMILIARES CON DERECHO A PENSION Y/O SUBSIDIO FAMILIAR.

##### DERECHO A PENSION

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, tendrán derecho a pensión los siguientes parientes del causante:

- 1) La viuda, o el viudo incapacitado para el trabajo y a cargo de la causante a la fecha de deceso de ésta, en concurrencia con:
  - a) Los hijos e hijas solteras hasta los 18 años de edad;
  - b) Las hijas solteras que hubieren convivido con el causante en forma habitual y continuada durante los diez años inmediatamente anteriores a su deceso, que a ese momento tuvieran cumplida la edad de 50 años y se encontraran a su cargo, siempre que no desempeñaran actividad lucrativa alguna o no gozaran de beneficio previsional o graciable, salvo, en este último caso, que optaren por la pensión que acuerda la presente;
  - c) Las hijas viudas y las hijas divorciadas o separadas de hecho por culpa exclusiva del marido, incapacitadas para el trabajo y a cargo del causante a la fecha de su deceso, siempre que no gozaran de prestación alimentaria o beneficio previsional o graciable, salvo, en este último caso, que optaren por la pensión que acuerda la presente;
  - d) Los nietos y nietas solteros, huérfanos de padre y madre y a cargo del causante a la fecha de su deceso, hasta los 18 años de edad.
- 2) Los hijos o nietos, de ambos sexos, en las condiciones del inciso anterior.
- 3) La viuda, o el viudo en las condiciones del Inciso 1), en concurrencia con los padres incapacitados para el trabajo y a cargo del causante a la fecha de su deceso, siempre que éstos no gozaran beneficio previsional o graciable, salvo que optaren por la pensión que acuerda la presente.
- 4) Los padres, en las condiciones del Inciso precedente.
- 5) Los hermanos y hermanas solteras, huérfanos de padre y madre y a cargo del causante a la fecha de su deceso, hasta los 18 años de edad, siempre que no gozaren de beneficio previsional o graciable, salvo que optaren por la pensión de esta ley.
- 6) A los efectos indicados en los incisos precedentes queda equiparada a la viuda cuando el causante al momento de su deceso fuera soltero, la mujer que hubiere vivido públicamente con el mismo en aparente matrimonio durante un mínimo de 5 (cinco) años anteriores al fallecimiento. Cualquiera sea la antigüedad de la relación, la concubina perderá el derecho al beneficio si al momento del deceso no viviere con el causante. Siendo el causante casado igual derecho tendrá la concubina/o, cuando la esposa/o por su culpa o por culpa de ambos estuviera divorciada o separado de hecho al momento de la muerte del causante siempre que hubieren vivido públicamente en aparente matrimonio durante 5 (cinco) años anteriores al fallecimiento. El concubino incapacitado a cargo de la causante requerirá 5 (cinco) años de convivencia en aparente matrimonio para obtener el beneficio.

Se entiende por causante, a los fines de la aplicación del presente, al afiliado o jubilado que prestara servicios en cualquiera de las reparaciones mencionadas en el artículo 2º (dos) y efectuara los aportes correspondientes.

##### DERECHO A SUBSIDIO FAMILIAR

Deberá tenerse en cuenta que el salario familiar se abona únicamente por Esposa/o e Hijos, en las circunstancias que a continuación se mencionan, y con la presentación de la documentación que en cada caso se señala.

ESPOSA	- Partida de matrimonio.
Si estuviera separado (Judicialmente o de Hecho) y pasa alimentos	- Copia de Sentencia Judicial o Declaración jurada firmada por la esposa donde conste que percibe asignación por alimentos del esposo.
HIJOS	
Menores hasta 15 años	- Partida de nacimiento.
Menores hasta 18 años	- Partida de nacimiento y certificado de concurrencia a establecimientos de enseñanza oficiales o privados reconocidos.
Incapacitados	- Partida de nacimiento y certificado médico que avale la incapacidad. Esta debe ser total y permanente (Física o mental).
Menores cuya guarda, tutela o tenencia le haya sido acordada	- Disposición Judicial o de autoridad administrativa competente que la concedió.
Hasta 21 años, siempre que se tenga más de tres (3) hijos y que el tercero genere subsidio familiar.	- Partida de nacimiento.

A la mujer que solicite una Jubilación se le pagará subsidio por el esposo, siempre que éste se encuentre a su cargo, afectado de invalidez total, absoluta y permanente, debidamente certificada por autoridad médica y que no perciba ningún beneficio previsional.

##### DESIGNACION DE APODERADO

Para Tramitar:

De acuerdo con lo establecido por el Art. 1º de la Ley 18.746, sólo podrán designarse las personas que tengan con el solicitante los grados de parentesco que a continuación se mencionan:

	CONYUGE	
	PARENTES POR CONSANGUINIDAD:	
Línea descendente	Líneas ascendentes	Línea colateral
Hijos	Padres	Hermanos
Nietos	Abuelos	Tíos y sobrinos
Bisnietos	Bisabuelos	Primos hermanos y sobrinos nietos
	PARENTES POR AFINIDAD	
	Yerno - Nuera - Padrastros - Suegros - Hijastros - Cuñados - Hermanastros	
Además,	PROFESIONALES	
	Abogado - Procurador	
	Escribanos	