

Anexo II



Ministerio de Desarrollo Social

Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales

COMUNICACIÓN DE CAMBIO EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO

_____ de _____ de _____

A LA COMISIÓN NACIONAL DE PENSIONES ASISTENCIALES

beneficio n° - -

apellido y nombre/s _____

Me dirijo a esa Comisión a fin de solicitarle dar curso al trámite de:

REHABILITACION

COMUNICACIÓN DE FALLECIMIENTO

RENUNCIA

(marcar con una X lo que corresponda)

de la pensión no contributiva cuyo n° de beneficio consta en la presente.

Motivo de la renuncia: _____

A tal efecto acompaño la documentación requerida.

Form. N° 10.01.2 - O y M. 05/10

Firma y aclaración
del declarante

Certificación de firma

Aclaración y sello
del certificador

| | |
|--------------------|---|
| Área destinataria: | Áreas Operativas |
| Área emisora: | Coordinación Emisión de Normas Previsionales |
| Contacto: | ConsultasPrevisional@anses.gov.ar / 19141 - 19302 - 19304 - 19331 - 19333 - 19368 |

Anexo I

Buenos Aires, de de 20.....

Por la presente el/la que suscribe
Sr/a _____ con Documento tipo ____ N°
_____ comunica a ANSES que, habiendo solicitado la Prestación
Universal para el Adulto Mayor (PUAM), instituida por la Ley N° 27.260 y tomado
conocimiento de las incompatibilidades establecidas en el artículo 13° de dicha Ley,
solicito la baja de la prestación _____ Beneficio
N° _____ de la cual soy beneficiario/a, a fin de percibir la enunciada en
primer término.

Firma:

Aclaración:

.....
Firma y sello
Agente certificante

| | |
|--------------------|--|
| Área destinataria: | Áreas Operativas |
| Área emisora: | Coordinación Emisión de Normas Previsionales |
| Contacto: | ConsultasPrevisional@anses.gob.ar / 19141 - 19302 - 19304 - 19331 - 19333 - 19368 |