



Form.
PS.6.18

Solicitud de Prestaciones Previsionales

Frente

I - Tipo de Prestación Solicitada

<input type="checkbox"/> Prestación Básica Universal-PC-PAP	<input type="checkbox"/> Retiro por Invalidez
<input type="checkbox"/> Prestación Por Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> PEA Por Invalidez
<input type="checkbox"/> Pensión por Fallecimiento de un jubilado	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Pensión por fallecimiento de un afiliado en actividad	<input type="checkbox"/> Reconocimiento de servicios: Para

N° de CUIT/CUIL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 - Identificación del Afiliado

Apellido y Nombre/s										Fecha de Nacimiento			
Domicilio										Número		Piso	Dpto.
Localidad - Provincia					País					Cód. Postal			
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°			CI N°			Expedida por		Nacionalidad		Teléfono			
Fecha de ingreso al país		Comprobado con		Reside en el país		Trabaja en relación de dependencia?		Percibe asignaciones p/ otro :					
				Si No		Si No		Si No					
Presenta certificado de pluricobertura			Tiene otro beneficio?			Opción por el régimen mas beneficioso							
Si No			Si No			Opto por:							
Fecha de Fallecimiento		Parentesco											

03-Identificación Cónyuge o Conviviente

Apellido y Nombre/s					N° de CUIT/ CUIL						
Domicilio					Número		Piso	Dpto.			
Localidad - Provincia					País					Cód. Postal	
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°			CI N°			Expedida por		Nacionalidad		Teléfono	
Trabaja en relación de dependencia?		Percibe asignaciones p/otro sistema?		Tiene Embargo?		Reside en el País		Poseen hijos en común?			
Si No		Si No		Si No		Si No		Si No			

04 - Designación de Apoderado para : Tramitar y/o Percibir o Tutor/curador

Apellido y Nombre/s					N° de CUIT/CUIL					
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N°			CI N°		Expedida por		Parentesco con el causante		N° de Carpeta Gestor	
Si es profesional Indicar Matrícula , Número, Tomo y Folio										
Domicilio					Número		Piso	Dpto.		
Localidad - Provincia			Cód. Postal		Teléfono					

Firma y Aclaración del Poderdante

Firma y Aclaración del Apoderado

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente : Certifico que los datos personales del poderdante y apoderado consignados, son copia fiel del/ los obrantes en el /los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.”

Lugar y fechay Firma, Aclaración y Cargo

09 - ASIGNACIONES FAMILIARES

¿Solicita AA.FF? Si No

¿Con Retroactivo? Si No

“Las AA.FF. serán liquidadas de acuerdo a las cargas familiares ACREDITADAS en el sistema ADP”

10 - DOCUMENTACION RELATIVA A CONVENIOS INTERNACIONALES

Acompaña Solicitud de Prestación Conforme al Convenio

Adjunta Documentación Complementaria (Detalle)

11 - ESPACIO RESERVADO PARA EL ORGANISMO/ENTIDAD EMISOR/A

12 - OBSERVACIONES

El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Lugar y Fecha _____, ___/___/___

Firma y Aclaración del Solicitante

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Lugar y Fecha _____, ___/___/___

Firma, Aclaración y Cargo

Únicamente podrán certificar funcionarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez o Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con Registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, estos últimos, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.