

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

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO PERIÓDICO

1- DATOS DEL SOLICITANTE

☐ Jubilado ☐ Pensionado Número de Beneficio:

Apellidos (paterno y materno):

Nombres:

Tipo de Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Otro Número: Sexo: ☐ M ☐ F

2- DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo de Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Otro Número: Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento: Fecha de Casamiento:

Domicilio:

Calle o paraje rural:

Número: Piso: Depto.: Manzana: Monoblock:

Localidad: Provincia:

CP País:

E-Mail:

Tel. Fijo: Tel. Celular:

Otros Datos

¿Vive? ☐ SI ☐ NO

¿Percibe Salario Familiar? ☐ SI ☐ NO

¿Trabaja en Relación de Dependencia? ☐ SI ☐ NO

¿Es discapacitada/o? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: ☐ SI ☐ NO

¿Poseen hijos en común? ☐ SI ☐ NO

Si posee otro beneficio otorgado o en trámite: ¿Cuál y/o en que Organismo?:

3- OTRAS ASIGNACIONES FAMILIARES

1º- Solicita Asignación Familiar por:

☐ Hijo/a Menor ☐ Hijo/a ☐ Padre a cargo ☐ Madre a cargo ☐ Hermano a cargo

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre completo:

Tipo de Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Otro Número: Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:

Estado Civil:

☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o de Hecho / Legal

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

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO PERIÓDICO

3º- Solicita Asignación Familiar por:

☐ Hijo/a Menor ☐ Hijo/a ☐ Padre a cargo ☐ Madre a cargo ☐ Hermano a cargo

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre completo:

Tipo de Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Otro

Número:

Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o de Hecho / Legal

Domicilio

Calle o paraje rural:

Número:

Piso:

Depto.:

Manzana:

Monoblock:

Localidad:

Provincia:

CP:

País:

E-Mail:

Tel. Fijo:

Tel. Celular:

Otros Datos

¿Vive? ☐ SI ☐ NO

¿Estudia? ☐ SI ☐ NO

¿Trabaja en Relación de Dependencia? ☐ SI ☐ NO

¿Es discapacitada/o? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite? ☐ SI ☐ NO Tipo de beneficio:

¿En que Caja o Instituto?:

4º- Solicita Asignación Familiar por:

☐ Hijo/a Menor ☐ Hijo/a ☐ Padre a cargo ☐ Madre a cargo ☐ Hermano a cargo

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre completo:

Tipo de Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Otro

Número:

Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o de Hecho / Legal

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

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO PERIÓDICO

Domicilio

Calle o paraje rural:

Número:						Piso:				Depto.:				Manzana:				Monoblock:			
---------	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	---------	--	--	--	----------	--	--	--	------------	--	--	--

Localidad: _____ Provincia: _____

CP | | | | | | | | País:

E-Mail: _____

Tel. Fijo: _____ Tel. Celular: _____

Otros Datos

¿Vive? ☒ SI ☐ NO

¿Estudia? ☒ SI ☐ NO

¿Trabaja en Relación de Dependencia? ☒ SI ☐ NO

¿Es discapacitada/o? ☒ SI ☐ NO

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: ☐ SI ☐ NO Tipo de beneficio:

¿En que Caja o Instituto?:

5º- Solicita Asignación Familiar por:

☐ Hijo/a Menor ☐ Hijo/a ☐ Padre a cargo ☐ Madre a cargo ☐ Hermano a cargo

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre completo:

Tipo de Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Otro Número: | | | | | | | | | | Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento: | | / | / | | | | Nacionalidad:

Estado Civil:

☐ Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Conviviente ☐ Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Separada/o de Hecho / Legal

Domicilio

Calle o paraje rural:

Número:							Piso:					Depto.:					Manzana:					Monoblock:				
---------	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--

Localidad: _____ Provincia: _____

CP | | | | | | | | País:

E-Mail: _____

Tel. Fijo: _____ Tel. Celular: _____

Otros Datos

¿Vive? ☒ SI ☐ NO

¿Estudia? ☒ SI ☐ NO

¿Trabaja en Relación de Dependencia? ☒ SI ☐ NO

¿Es discapacitada/o? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: ☐ SI ☐ NO Tipo de beneficio:

¿En que Caja o Instituto?:

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

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO PERIÓDICO

4- OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5- FIRMAS:

Declaro bajo juramento y en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en el presente formulario son ciertos y correctos.

Firma del Solicitante

Aclaración de Firma

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se mencionan y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.-

*Firma y Sello del Funcionario Certificante

Lugar y Fecha

(*) Certificación de firmas y copias: deben realizarse únicamente ante Escribano Público, Autoridad Judicial o por este organismo.