



**C.P.S.**  
**LEY 5110**

# ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PENSIÓN LEY 5110

MODIFICADA POR LEY 14177/22

Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social  
PROVINCIA DE SANTA FE

DELEGACIÓN \_\_\_\_\_

Nº INICIACIÓN \_\_\_\_\_

EXPT: 01302- \_\_\_\_\_

PENSIÓN \_\_\_\_\_

ARTÍCULO \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CUIL O DOCUMENTO

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

## ASPECTO DE LA VIVIENDA

1. Relación Jurídica respecto a la vivienda

(documentación a fs. \_\_\_\_\_)

**A**

Ocupante de Hecho

Vivienda prestada

Agregado/a

Persona en situación de calle

**B**

Inquilino/a

Menores residentes en instituciones

Internado/a en Hospital u Hogar de Ancianos

En habitación prestada

**C**

Propietario/a

Usufructuario/a

De familiar conviviente

Observaciones \_\_\_\_\_

2. Clase de Vivienda - Zona

Rural

Semi-rural

Pueblo

Urbana

En barrio periférico

**A**

Rancho

Tapera o carpa o vagón

Casilla

**B**

Mampostería de aspecto humilde

De plan Fonavi o similar

**C**

Casa mampostería

Departamento

Observaciones \_\_\_\_\_

3. Baño

**A**

Letrina

Sin baño

**B**

Semi-instalado

Compartido

**C**

Instalado

Propio

Observaciones \_\_\_\_\_

4. Mobiliario

**A**

Insuficiente y deteriorado s/electrodom.

Insuficiente o deteriorado s/electrodom.

**B**

Insuficiente y/o deteriorado con electrodom

Mobiliario ajeno (de Hospital, de Hogar, casa ajena)

**C**

Suficiente, en buen estado con electrodomésticos.

Observaciones \_\_\_\_\_

5. Condiciones de vida con respecto a convivientes

**A**

Vive Solo/a

En condiciones de hacinamiento

**B**

Agregado/a o empleada cama adentro

En Hogar de Ancianos u Hospital

**C**

Vive con su grupo familiar s/hacinamiento

Observaciones \_\_\_\_\_

## SERVICIOS

6. Provisión de agua y gas

**A**

Agua de pozo/ bomba

Canilla pública o Cisterna

Agua de río

**B**

Bombeador

Agua de vecinos

**C**

Corriente de red o tanque

Gas de red

Observaciones \_\_\_\_\_

7. Provisión de energía eléctrica

**A**

Sin energía eléctrica

**B**

Luz provista por vecinos - Hospital/Hogar

De habitación prestada

**C**

Usuario/a de la EPE

Observaciones \_\_\_\_\_

FORM. 04-01. Completar con letra impresa LEGIBLE. Colocar una cruz en las cajitas correspondientes





**El/la agente actuante deberá redactar un informe breve, claro, conciso y objetivo sobre todo lo que considere ampliar y/o destacar de la/el solicitante y su grupo familiar.**

Lugar y Fecha de la visita

**INFORME**

FORM. 04-01. Completar con letra impresa LEGIBLE. Colocar una cruz en las cajitas correspondientes

**Teniendo en cuenta lo actuado se aconseja:**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de la/el Agente Actuante

Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

Correo electrónico agente actuante  
\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.com\_\_\_\_\_