F : R - 12

Rev. 5 - Feb / 20

PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Caja de Jubilaciones y Pensiones

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

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO ÚNICO

1- DATOS DEL SOLICITANTE (jubilado o pensionado de la Caja)

❍ Jubilado ❍ Pensionado Número de Beneficio: ___/_____/___

Apellidos (paterno y materno): _____ _____

Nombres: _____

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

2- ASIGNACIÓN QUE SOLICITA:

1- ASIGNACIÓN POR MATRIMONIO:

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: _____

¿Solicita percibir también la Asignación Familiar por Cónyuge de **PAGO MENSUAL**? ❍ SI ❍ NO

2- ASIGNACIÓN POR NACIMIENTO DE HIJO O POR ADOPCIÓN:

Datos del Padre / Madre no "Solicitante" (es decir que no es beneficiaria/o de esta Caja de Jubilaciones y Pensiones)

Apellidos (Paterno y Materno): _____

Nombres: _____

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

Fecha de Nacimiento: __/__/____ Nacionalidad: _____

¿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?: _____

PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Caja de Jubilaciones y Pensiones

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

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO ÚNICO

Datos de los hijos nacidos o adoptados

Hijo 1:

Apellidos (Paterno y Materno): ----------

Nombres: ----------

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

Fecha de Nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Nacionalidad: ----------

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Si desea percibir también la Asignación Familiar por HIJO de **PAGO MENSUAL,** deberá presentar además el formulario **FR 19**.

Hijo 2:

Apellidos (Paterno y Materno): ----------

Nombres: ----------

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

Fecha de Nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Nacionalidad: ----------

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Si desea percibir también la Asignación Familiar por HIJO de **PAGO MENSUAL,** deberá presentar además el formulario **FR 19**.

Hijo 3:

Apellidos (Paterno y Materno): ----------

Nombres: ----------

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

Fecha de Nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Nacionalidad: ----------

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Si desea percibir también la Asignación Familiar por HIJO de **PAGO MENSUAL,** deberá presentar además el formulario **FR 19**.

Hijo 4:

Apellidos (Paterno y Materno): ----------

Nombres: ----------

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

Fecha de Nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Nacionalidad: ----------

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Si desea percibir también la Asignación Familiar por HIJO de **PAGO MENSUAL,** deberá presentar además el formulario **FR 19**.

PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Caja de Jubilaciones y Pensiones

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

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO ÚNICO

Hijo 5:

Apellidos (Paterno y Materno): .....

Nombres: .....

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

Fecha de Nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Nacionalidad: .....

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Si desea percibir también la Asignación Familiar por HIJO de **PAGO MENSUAL,** deberá presentar además el formulario **FR 19**.

3- ASIGNACIÓN POR SEPELIO:

Datos del familiar a cargo fallecido: ❍ Cónyuge ❍ Hijo ❍ Padre ❍ Hermano

Apellido Paterno: .....

Apellido Materno: .....

Nombres: .....

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

Fecha de Fallecimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __

3- OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

4- 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.