

F : R - 47

Rev. 1 - Ago / 2022



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 PARA PERCIBIR JUBILACIÓN / RETIRO EN LUGAR DE PERSONA INHABILITADA (SUBROGACIÓN)

1- DATOS DE LA PERSONA INHABILITADA

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

Estado Civil: Soltera/o Casada/o Conviviente Viuda/o Divorciada/o Separada/o de Hecho/Legal

Si la persona inhabilitada ya es PASIVO, número de beneficio:

1 / /

2- DATOS DE QUIÉN SOLICITA

Completar en caso de Viuda/o, Conviviente o Ex cónyuge con percepción de alimentos.

Vínculo con la persona inhabilitada: Viuda/o Conviviente Ex cónyuge

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

Domicilio:

Calle o paraje rural:

Número: Piso: Depto.: Manzana: Monoblock:

Localidad: _____ Provincia: _____

CP País: _____

Tel. Fijo: _____ Tel. Celular: _____

E-Mail de **TITULAR**: _____

(se podrá utilizar para notificaciones electrónicas):

COMPLETAR EN CADA CASO, SEGÚN EL VÍNCULO CON LA PERSONA INHABILITADA.

1- Solicitante CÓNYUGE

¿Durante el matrimonio hubo separación de hecho? SI NO

En caso afirmativo, ¿quién dió causa a la separación?: Persona inhabilitada Solicitante Mutuo Consentimiento

¿Percibía Alimentos? SI NO

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

¿En que Caja o Instituto?: _____

2- Solicitante CONVIVIENTE

Fecha de inicio de la Convivencia:

¿Tienen o tuvieron hijos o hijas en común con la persona inhabilitada? SI NO

F : R - 47

Rev. 1 - Ago / 2022



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 PARA PERCIBIR JUBILACIÓN / RETIRO EN LUGAR DE PERSONA INHABILITADA (SUBROGACIÓN)

Indique el o los domicilios en los que tuvo lugar la convivencia y las fechas correspondientes:

Domicilio	Desde	Hasta

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

Tipo de Beneficio:

¿En que Caja o Instituto?:

3- Solicitante EX CÓNYUGE

¿Fue culpable del divorcio? SI NO

¿Percibía Alimentos? SI NO

4- EN TODOS LOS CASOS:

¿Posee más pruebas, no agregadas en esta oportunidad, que permitan confirmar los hechos expresados?

SI NO

En caso afirmativo, ¿se compromete a incorporarlas en el plazo de 10 días?

SI NO

Completar en caso de solicitantes HIJAS o HIJOS

Solicitante 1:

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

¿Trabaja en Relación de Dependencia? SI NO ¿Es discapacitada/o? SI NO

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

¿Estudia?: SI NO Nivel de Estudio:

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 (se podrá utilizar para notificaciones electrónicas):

Tel. Fijo:

Tel. Celular:



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

SOLICITUD PARA PERCIBIR JUBILACIÓN / RETIRO EN LUGAR DE PERSONA INHABILITADA (SUBROGACIÓN)

Solicitante 2:

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

¿Trabaja en Relación de Dependencia? SI NO ¿Es discapacitada/o? SI NO

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

¿Estudia?: SI NO Nivel de Estudio:

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 (se podrá utilizar para notificaciones electrónicas): _____

Tel. Fijo: _____ Tel. Celular: _____

3- OTROS DATOS

- ¿EN CUAL SUCURSAL DEL NBSF DESEA COBRAR?: _____
- DE LA OBRA SOCIAL: IAPOS SI NO ¿Optará por IAPOS SOLIDARIO? SI NO SMAI

4- CONFORMIDAD PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

Declaro que presto mi conformidad para que la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Santa Fe envíe las notificaciones que corresponda electrónicamente, aceptando la validez de las mismas.

Escriba Si o NO :

5- DE LOS SERVICIOS (solo si la persona inhabilitada se encontraba en ACTIVIDAD)

CÓMPUTO PRIVILEGIADO: ¿Solicita Cómputo Privilegiado para todas las actividades que correspondan? SI NO

Indique en que períodos:

Con anterioridad al 21/01/1996 Desde el 21/01/1996 al 07/10/2005 Posteriores al 07/10/2005

¿Computará SERVICIOS DE OTRAS CAJAS? SI NO ¿De cuáles?: _____

F : R - 47

Rev. 1 - Ago / 2022



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 PARA PERCIBIR JUBILACIÓN / RETIRO EN LUGAR DE PERSONA INHABILITADA (SUBROGACIÓN)

Detalle **TODOS** los servicios prestados por la persona inabilitada a partir de los 18 años.

Nº	Organismo Empleador	Actividad	Período	
			Desde	Hasta
1				
2				
3				
4				
5				

6- OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....
.....

7- FIRMAS:

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

Firma de quién solicita

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 de Autoridad Certificante

Lugar y Fecha

(*) Certificación de firmas y copias: deben realizarse únicamente ante escribanía pública, autoridad judicial, persona autorizada o ante este organismo.

