



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?:



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 inhabilitada 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.

