



El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO ÚNICO

1- DATOS DE QUIÉN SOLICITA

Datos del beneficio: Jubilación Pensión Número de Beneficio:

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac:

Tel. Fijo: Tel. Celular:

2- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO (requisito esencial)

Las notificaciones por medios electrónicos **son plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

E-Mail de **TITULAR**:

3- ASIGNACIÓN QUE SOLICITA:

1- ASIGNACIÓN POR MATRIMONIO:

Datos de Cónyuge:

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac:

Domicilio:

Localidad: CP

Tel. Fijo: Tel. Celular:

E-Mail:

Las notificaciones por medios electrónicos **son plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

2- ASIGNACIÓN POR NACIMIENTO DE HIJA/O O POR ADOPCIÓN(**):

Datos del Padre / Madre no "Solicitante" (es decir que NO ES TITULAR del beneficio)

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac:

¿Trabaja en Relación de Dependencia? SI NO ¿Percibe Salario Familiar? SI NO

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

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

Datos de hijas/os nacidos o adoptados

Hija/o 1: Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac:



El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

SOLICITUD DE ASIGNACIONES FAMILIARES DE PAGO ÚNICO

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento:

Hija/o 2: Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac:

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento:

Hija/o 3: Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac:

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento:

Hija/o 4: Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

CUIL: Sexo: M F Fecha Nac:

En caso de Adopción, fecha de Otorgamiento:

3- ASIGNACIÓN POR SEPELIO:

Datos del familiar a cargo fallecido: Cónyuge Hija/o Madre/Padre Hermana/o

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

Fecha de Fallecimiento:

4- 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

(*) Las certificaciones de firmas deben realizarse ante personal de esta Caja, organismo competente, escribanía o Poder Judicial.

(**) Si desea percibir también la Asignación Familiar por HIJO de PAGO MENSUAL, deberá presentar además el formulario F19.