



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

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

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL: | | | | | | | | | | Sexo: ☐ M ☐ F Fecha Nac: | | / | | / | |

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

Si ya se encuentra en PASIVIDAD, número de beneficio: 1 / | | | | | | | /

2- DATOS PERSONALES DE QUIÉN SOLICITA LA PENSIÓN

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

Vínculo con la persona inhabilitada: ☐ Viuda/o ☐ Conviviente ☐ Ex esposa/o que percibe alimentos

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL: | | | | | | | | | | Sexo: ☐ M ☒ F Fecha Nac: | | / | | / | |

Domicilio:

Localidad: CP | | | | | | | |

Tel. Fijo: _____ Tel. Celular: _____

3- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO (requisito esencial)

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

E-Mail de TITULAR:

4- COMPLETAR SEGÚN LA RELACIÓN CON EL CAUSANTE.

1- Solicitante CÓNYUGE

¿Durante el matrimonio hubo separación de hecho? ☐ SI ☐ NO

¿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: | | / | / | | | | Hijas/os con el causante: ☐ SI ☐ NO

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

Domicilio	Desde	Hasta



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

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

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

¿En que Caja o Instituto?:

3- Solicitante EX-ESPOSA / O ¿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 deberá **incorporarlas en el plazo de 10 días**, bajo apercibimiento de resolver con la documentación existente en el expediente.

4- COMPLETAR EN CASO DE SOLICITANTES HIJAS o HIJOS.

Solicitante 1:

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL: | | | | | | | | | | Sexo: ☐ M ☐ F Fecha Nac: | | / | | / | |

¿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

Si es casada/o o conviviente, y su pareja trabaja o percibe ingresos, debe adjuntar recibos o constancias correspondientes.

Domicilio:

Localidad: CP

Tel. Fijo: _____ Tel. Celular: _____

E-Mail: _____

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

Solicitante 2:

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL: | | | | | | | | | | Sexo: ☐ M ☐ F Fecha Nac: | | / | | / | |

¿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

Si es casada/o o conviviente, y su pareja trabaja o percibe ingresos, debe adjuntar recibos o constancias correspondientes.

Domicilio:



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

F47

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

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

Localidad: _____ CP: _____
Tel. Fijo: _____ Tel. Celular: _____
E-Mail: _____

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

5- OTROS DATOS

● ¿EN CUAL SUCURSAL DEL NBSF DESEA COBRAR?: _____

● DE LA OBRA SOCIAL: IAPOS ☐ SI ☐ NO ¿Optará por IAPOS SOLIDARIO? ☐ SI ☐ NO ☐ SMAI

6- CÓMPUTO PRIVILEGIADO - DIFERENCIADO (si la persona inhabilitada está en ACTIVIDAD)

La opción DEBE HABER SIDO REALIZADA EN **ACTIVIDAD** y ANTE EL **EMPLEADOR**.

Debe adjuntar constancia de dicha opción, incluyendo el inicio del descuento del 50% del aporte adicional, según Ley 14283.

¿Solicita el Cómputo Privilegiado / Diferenciado para todas las actividades que correspondan? ☐ SI ☐ NO

Si respondió que SÍ en la pregunta anterior, indique por cuáles períodos:

☐ Con anterioridad al 21/01/1996 ☐ Desde el 22/01/1996 al 07/10/2005 ☐ Posteriores al 07/10/2005

OBSERVACIONES:

7- FIRMAS:

Manifiesto que he tomado conocimiento de mi **obligación de comunicar a la Caja** cualquier modificación que pueda afectar el derecho a la percepción del beneficio (art. 99 Ley 6915)

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.