

ANSES

Form.
PS.6.18

Solicitud de Prestaciones Previsionales

Frente

1 - Tipo de Prestación Solicitada

<input checked="" type="checkbox"/> Prestación Básica Universal-PC-PAP	<input type="checkbox"/> Retiro por Invalidez
<input type="checkbox"/> Prestación Por Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> PEA Por Invalidez
<input type="checkbox"/> Pensión por Fallecimiento de un jubilado	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Pensión por fallecimiento de un afiliado en actividad	<input type="checkbox"/> Reconocimiento de servicios: Para

N° de CUIT/CUIL
27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1

2 - Identificación del Afiliado

Apellido y Nombre/s PEREZ MARIA		Fecha de Nacimiento 11/11/1911		
Domicilio VIA AGNELLO		Número 2	Piso 1	Dpto. 1
Localidad - Provincia MILAN - MILAN		País ITALIA		Cód. Postal 20121
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N° LF01.111.111	CI N° _____	Expedida por RE.NA.PER	Nacionalidad ARGENTINA	Teléfono +39111111111
Fecha de ingreso al país _____	Comprobado con _____	Reside en el país Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Trabaja en relación de dependencia? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Percibe asignaciones p/ otro : Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Presenta certificado de pluricobertura Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tiene otro beneficio? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Opción por el régimen mas beneficioso Opto por: _____	
Fecha de Fallecimiento _____	Parentesco _____			

03-Identificación Cónyuge o Conviviente

Apellido y Nombre/s PAREDES MARCOS		N° de CUIT/ CUIL 27-1111111-1		
Domicilio VIA AGNELLO		Número 2	Piso 1	Dpto. 1
Localidad - Provincia MILAN - MILAN		País ITALIA		Cód. Postal 20121
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N° LM 10.000.000	CI N° _____	Expedida por RE.NA.PER	Nacionalidad ARGENTINA	Teléfono +39 0000000000
Trabaja en relación de dependencia? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Percibe asignaciones p/otro sistema? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tiene Embargo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Reside en el País Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Poseen hijos en común? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

04 - Designación de Apoderado para : Tramitar y/o Percibir o Tutor/ Curador

Apellido y Nombre/s GARCIA LUIS		N° de CUIT/CUIL 27111111111		
LE-LC-DNI-Doc. Extranjero N° 10.111.111	CI N° _____	Expedida por RE.NA.PER	Parentesco con el causante _____	N° de Carpeta Gestor _____
Si es profesional Indicar Matrícula , Número, Tomo y Folio M°1111T°1F°11				
Domicilio TRIUNVIRATO		Número 1	Piso 1	Dpto. A
Localidad - Provincia SAN FERNANDO - BAI	Cód. Postal 1111	Teléfono +54(11111111111)		

Firma y Aclaración del Poderdante

Firma y Aclaración del Apoderado

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente : Certifico que los datos personales del poderdante y apoderado consignados, son copia fiel del/ los obrantes en el /los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia."

Lugar y fechay Firma, Aclaración y Cargo

VER LISTADO DE
BANCO ASIGNADOS
ANSES GOB. AR

5 - Banco donde percibir sus Haberes

NACIÓN

06- Identificación: Hijo/s solicitantes

Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL	
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente
Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL	
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente
Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL	
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente
Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL	
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente
Apellido y Nombre/s		N° de CUIT/CUIL	
Fecha de nacimiento	Embargo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en el país	Opta por el Beneficio que acuerda la presente

07. Detalle Cronológico de los Servicios Prestados por el Afiliado con o sin Relación de Dependencia, o indicación de Causales de Períodos de Inactividad desde el comienzo de la Relación Laboral hasta la Actualidad, y los que se declaran bajo juramento de Ley 24.241 Art. 38.

Empresa, Repartición, Empleador y/o Actividad por Cuenta Propia	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
XXXXXXXXXX	ADMINISTRACIÓN	RESPONSABLE	10	10	10	12	12	12
XXXXXXXXXX	REPARTO	EMPLEADA	13	13	13	14	14	14

Se requiere la consideración de los servicios registrados en SIPA ante la ausencia de otra documentación
 Si No continúo en actividad a partir de fecha / /

08 Declaraciones Juradas para algunos beneficios:

• Jubilaciones

- Declaración Jurada Ley N° 24013:

Manifiesto bajo declaración jurada:

Si No haber solicitado la prestación por desempleo
(Marcar lo que corresponda)

En caso negativo, adquiero el compromiso de NO solicitarlo

• Pensiones

• DDJJ Artículo 1° de la Ley N° 17562

Atento lo requerido por el art 9 de la Res S.E.S.S. N° 121/76 tomo conocimiento por este acto de lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N° 17562 cuyos terminos se transcriben: "NO" tendrán derecho a pensión:

1. El cónyuge que por su culpa o culpa de ambos estuviere divorciado o separado de hecho al momento de la muerte del causante,
2. Los causahabientes, en caso de indignidad para suceder o desheredación, de acuerdo con las disposiciones del Código Civil

En consecuencia declaro bajo juramento:

Si No Me encontraba separada /o de hecho de mi cónyuge al tiempo de su fallecimiento.

Si No Me encontraba separada /o judicialmente (Juzgado _____ Secretaria _____).

Si No Me encontraba separada /o judicialmente por mutuo consentimiento (art. 67 bis C.C.)
(Marcar lo que corresponda)

• Jubilaciones y pensiones:

Aceptación de Descuentos de Cuotas de Moratoria por acogimiento a Plan de cuotas Ley 24.476

Invocando el carácter de titular del presente trámite de PRESTACIÓN BÁSICA UNIVERSAL -PC- PAP

Si No formulo mi aceptación para que ANSES descuente las cuotas mensuales del plan de regularización de la deuda por el que opté, cuyo vencimiento no se hubiera operado a la fecha del inicio de ésta prestación y hasta el vencimiento de la última cuota del mencionado plan, aunque los importes de dichas cuotas superen el límite del 20%, todo ello de conformidad a lo dispuesto en el inciso d) del artículo 14 de la Ley N° 24.241, cuando en razón del monto total de la deuda y el plazo de duración del plan de moratoria, así lo determine.
(Marcar lo que corresponda)

• Asignación de Obra Social:

Solicito la asignación de la siguiente obra Social:

1. Agentes provenientes de Org.Pciales: Obra Social Provincial _____
2. Empleados Municipales Ob.S.BA
3. Fuerzas Armadas y de Seguridad INSSJ y P D.I.B.A Di.B.P.F.A. I.O.S.E
4. No incluidos en 1.2 o 3 : INSS J y P

• Adicional por Domicilio en Zona Austral

Si No Solicito el pago del Adicional por Zona Austral declarando conocer las disposiciones vigentes.

Me comprometo a comunicar cualquier cambio de domicilio fuera de la zona comprendida, dentro de los (30) días de producido el mismo,
(Marcar lo que corresponda)

09 - ASIGNACIONES FAMILIARES

¿Solicita AA.FF? Si No

¿Con Retroactivo? Si No

“Las AA.FF. serán liquidadas de acuerdo a las cargas familiares ACREDITADAS en el sistema ADP”

10 - DOCUMENTACION RELATIVA A CONVENIOS INTERNACIONALES

Acompaña Solicitud de Prestación Conforme al Convenio

Adjunta Documentación Complementaria (Detalle)

11 - ESPACIO RESERVADO PARA EL ORGANISMO/ENTIDAD EMISOR/A

12 - OBSERVACIONES

El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Lugar y Fecha _____, ___/___/___

Firma y Aclaración del Solicitante

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

Lugar y Fecha _____, ___/___/___

Firma, Aclaración y Cargo

Únicamente podrán certificar funcionarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez o Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano con Registro y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, estos últimos, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.