GOBIERNO DE SANTA FE
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

F: R–02

Solicitud de Jubilación por Invalidez

Rev. 1 – FEB/2009

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

A – TIPO DE JUBILACIÓN SOLICITADA:			
B – ENCUADRE LEGAL:	❑ Ley: 6830	❑ Ley: 11530	❑ Ley: 6915
	❑ Ley: 11373	❑ Ley: 12464	❑ Art. 73

C – DEL TITULAR

Apellidos: Paterno: ..... Materno: .....

Nombre/s Completo/s: .....

Sexo: ❑ Femenino ❑ Masculino Fecha de Nacimiento: ____/____/_____

Nacionalidad: ..... País Residencia: .....

DOCUMENTO

Tipo: ❑ D.N.I. ❑ L.E. ❑ L.C. ❑ C.I. ❑ Otros Letra:.....

Número: .....

SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI

C.I. Expedida por: .....

DOMICILIO PARTICULAR

Calle: ..... Nº: ... .

Manzana: ..... Lote: ..... Monoblock: ..... Piso: ..... Dpto: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... Cód. Postal: .....

País: ..... Teléfono: (.....) - ..... E-mail: .....

ESTADO CIVIL

❑ Soltero ❑ Separado de hecho ❑ Viudo ❑ Separado legalmente

❑ Casado ❑ Divorciado ❑ Conviviente

Fecha Estado Civil: ___/___/_____

Si es Conviviente, ¿presenta Declaración Jurada de Convivencia? ❑ No ❑ Sí

Si es Separado de Hecho, Separado Legalmente o Divorciado, presenta:

Sentencias: ❑ No ❑ Sí ....

Demandas: ❑ No ❑ Sí .....

Otros: ❑ No ❑ Sí .....

Declaración Jurada de Cargas de Familia ❑ No ❑ Sí

OTROS BENEFICIOS PREVISIONALES / SOCIALES

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite? ❑ No ❑ Sí Tipo de Beneficio: .....

Caja o Instituto ..... Expediente N°: .....

Ha iniciado expediente con anterioridad en esta Caja ❑ No ❑ Sí Expediente N°: .....

Concepto: .....

¿Computará servicios de Otras Cajas? ❑ No ❑ Sí

Caja/s: .....

.....

Zonas sombreadas a completar por la Caja de Jubilaciones y Pensiones

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Adjunta constancia emitida por la Caja del Seguro Mutual.	❑No ❑Sí
¿Autoriza a realizarle el descuento correspondiente para el Seguro Mutual?	❑No ❑Sí
¿Adjunta Dictamen de la Junta Médica Permanente (Decreto 1919/89, Decreto 4597/83)?	❑ No ❑ Sí

D – DEL LUGAR DE COBRO DEL BENEFICIO

Lugar de Cobro: .....

E – DE LA OBRA SOCIAL (solamente Ley Nº 9.065)

Constancia emitida por IAPOS. ❑No ❑Sí

Opta por la Obra Social: ❑ I.A.P.O.S. ❑ Otra .....

Si Ud. opta por la Obra Social I.A.P.O.S., ¿autoriza a realizarle el descuento automático por planilla? ❑ No ❑ Sí

F – REPRESENTANTE PARA TRAMITAR (completar formulario VS-CP 01) ❑ No ❑ Sí

G – REPRESENTANTE PARA PERCIBIR (completar formulario VS-CPC 01) ❑ No ❑ Sí

H – DE LOS SERVICIOS PRESTADOS (declaración de servicios desde los 18 años de edad)

PARA CADA ORGANISMO DEL QUE PRESENTA UNA FOJA DE SERVICIOS

Organismo	Actividad	Período	
		Desde	Hasta
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

I – DEL CESE

¿Adjunta el cese? ❑ No ❑ Sí	Fecha Cese: ____/____/_____

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

_____	_____	_____
Lugar y Fecha	Firma del Solicitante	Aclaración de Firma

Certifico que los datos consignados en los recuadros anteriores son copia fiel de/los obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indica/n que tuve a la vista y que la/s firma/s estampada/s en la línea anterior fueron colocados en mi presencia.

_____	_____	_____
Lugar y Fecha	Firma de Autoridad Competente	Aclaración de Firma y Cargo