

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

| A – DEL SOLICITANTE | |
|--|---|
| Apellidos: Paterno: Materno: | |
| Nombre/s Completo/s: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| DOCUMENTO Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:..... Número: | SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI C.I. Expedida por: |
| B – DEL CÓNYUGE | |
| Apellidos: Paterno: Materno: | |
| Nombre/s Completo/s: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ |
| Nacionalidad: | País Residencia: |
| ¿Es Cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Fecha de Matrimonio: ____/____/____ |
| DOCUMENTO Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> 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: | |
| OTROS DATOS | |
| ¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Poseen hijos en común? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Percibe Salario Familiar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Tiene algún otro beneficio prev./soc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, | |
| C – DE LOS HIJOS <input type="checkbox"/> ; MENORES <input type="checkbox"/> ; PADRES <input type="checkbox"/> o HERMANOS <input type="checkbox"/> A CARGO. | |
| Apellidos: Paterno: Materno: | |
| Nombre/s Completo/s: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ |
| Nacionalidad: | País de Residencia: |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado | |

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

| | |
|--|--|
| <p>DOCUMENTO</p> Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:..... Número: | <p>SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI</p> C.I. Expedida por: |
| <p>DOMICILIO PARTICULAR</p> Calle: N°: Manzana: Lote: Monoblock: Piso: Dpto: Localidad: Provincia: Cód. Postal: País: Teléfono: (.....) - E-mail: | |
| <p>OTROS DATOS</p> ¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, | |
| Apellidos: Paterno: Materno: | |
| Nombre/s Completo/s: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de Nacimiento: ____/____/_____ Nacionalidad: País de Residencia: | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado | |
| <p>DOCUMENTO</p> Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:..... Número: | <p>SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI</p> C.I. Expedida por: |
| <p>DOMICILIO PARTICULAR</p> Calle: N°: Manzana: Lote: Monoblock: Piso: Dpto: Localidad: Provincia: Cód. Postal: País: Teléfono: (.....) - E-mail: | |
| <p>OTROS DATOS</p> ¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, | |
| Apellidos: Paterno: Materno: | |
| Nombre/s Completo/s: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de Nacimiento: ____/____/_____ Nacionalidad: País de Residencia: | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado | |

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| DOCUMENTO Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:..... Número: | | SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI C.I. Expedida por: | |
| DOMICILIO PARTICULAR Calle: N°: Manzana: Lote: Monoblock: Piso: Dpto: Localidad: Provincia: Cód. Postal: País: Teléfono: (.....) - E-mail: | | | |
| OTROS DATOS ¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, | | | |
| Apellidos: Paterno: Materno: | | | |
| Nombre/s Completo/s: | | | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ | |
| Nacionalidad: País de Residencia: | | | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado | | | |
| DOCUMENTO Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:..... Número: | | SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI C.I. Expedida por: | |
| DOMICILIO PARTICULAR Calle: N°: Manzana: Lote: Monoblock: Piso: Dpto: Localidad: Provincia: Cód. Postal: País: Teléfono: (.....) - E-mail: | | | |
| OTROS DATOS ¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, | | | |
| Apellidos: Paterno: Materno: | | | |
| Nombre/s Completo/s: | | | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ | |
| Nacionalidad: País de Residencia: | | | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------|---|--------------------------------------|---|-----------|---|------------------------------|---|--|--|
| DOCUMENTO Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> 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: | | | | | | | | | | | | | | |
| OTROS DATOS <table> <tr> <td>¿Vive?</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td>¿Es discapacitado?</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>¿Trabaja en relación de dependencia?</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td>¿Estudia?</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene algún otro beneficio?</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, | | | ¿Vive? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Es discapacitado? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Trabaja en relación de dependencia? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Estudia? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Tiene algún otro beneficio? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | |
| ¿Vive? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Es discapacitado? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | | | | | | | | | | |
| ¿Trabaja en relación de dependencia? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | ¿Estudia? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene algún otro beneficio? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | |

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