Provincia de Formosa

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL

-

SOLICITUD DE:

Marcar con una X según corresponda

- ☐ JUBILACIÓN
- ☐ PENSIÓN
- ☐ RECONOCIMIENTO DE SERVICIO PARA: .....
  .....

Form. 020

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de Declaración

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DE LOS AFILIADOS

Apellido/s completo/s	Nombre/s completo/s

Tipo de documento	Número de documeto	Fecha nacimiento	Sexo	Nacionalidad
☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. ☐ C.I.		Año Mes Día	☐ Fem. ☐ Masc.	

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE JUBILACION O RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Estado Civil

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Separado/a de hecho
- ☐ Separado/a legalmente o divorciado

Desde Año Mes Día

Autoridad ante quien formuló la denuncia: .....

.....

Tiene beneficio otorgado o en trámite: ☐ SI ☐ NO Tipo de beneficio: ☐ Jubilación ☐ Pensión ☐ tiro Policial

En que Caja o Instituto ..... Nº Expte.:

Ha iniciado Expte. Con anterioridad en ésta Caja de Previsión: ☐ SI ☐ NO Nº Expte.:

Retiro Aportes: ☐ SI ☐ NO Computara servicios de otras Cajas: ☐ SI ☐ NO

Organismo: .....

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN O SALARIO FAMILIAR

(Cónyuge/s, hijos, padres, hermanos)

Apellido/s y nombre/s completo/s	Parentesco	Fecha Nacimiento			Incapacitado		Depende de Ud.	
		Año	Mes	Día	SI	NO	SI	NO

LLENAR ÚNICAMENTE EN CASO DE SOLICITAR PENSIÓN

Apellido/s nombre/s completo/s del/los solicitante/s	Parentesco	Fecha nacim.			Tipo docum.	Número documento	Estado Civil	Tiene algún benf.o empleo	
		Año	Mes	Dia	Dni/Le/Lc			SI	NO

LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LA/S PERSONA/S QUE INICIAN EL BENEFICIO

(*) Excepto cuando se gestione pensión derivada de jubilación en trámite u otorgada.

Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado a partir de los 16 años con o sin relación de dependencia o indicación de causales por períodos de inactividad.

Empresa, repartición, empleador y/o actividad por cuenta propia de o causal de inactivad	Actividad principal	Tarea a cargo	Desde			Hasta		
			Año	Mes	Dia	Año	Mes	Dia

Observaciones:

LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LA/S PERSONA/S QUE SOLICITA/N EL BENEFICIO

Domicilio particular: ____

____

Direccioón de E- mail: ____

localidad: ______________________ **Teléfono:** ______________________

Lugar y fecha: ______________________ **Código postal:** ______________________

______________________ ______________________

Firma **Aclaración Firma**

Impresión de dígitos pulgar (si no puede firmar)

derecho

izquierdo

CERTIFICADA Y FIRMADA POR AUTORIDAD COMPETENTE

Certifico que los datos aquí consignados son copia fiel del/los documento/s de identidad que en cada caso tuve a la vista y que la firma o impresión digital estampada fue colocada en mi presencia. (*) Únicamente podrán certificar funcionarios de la Caja de Previsión Social, Gendarmería Nacional, Escribano con registro, Juez de Paz.

FORMOSA, ____ de __________________ de 20 **Sello** **Firma**

Detalle de las documentaciones recepcionadas para el inicio del beneficio

Fs.	Documentación	Fs.	Documentación
			Firma conforme:______________________Fsa.,