ANSES

Formulario PS. 6.18

Solicitud de Prestaciones Previsionales

Frente

1 - Tipo de prestación solicitada

☑ Jubilación (PBU-PC-PAP)	☐ Retiro por invalidez
☐ Prestación por edad avanzada	☐ Prestación por edad avanzada por invalidez
☐ Pensión por fallecimiento de un/a jubilado/a	☐ Otros
☐ Pensión por fallecimiento de un/a afiliado/a en actividad	☐ Reconocimiento de servicios

Nº de CUIT / CUIL

2- Datos de la persona solicitante

Apellido/s y nombre/s				Fecha de nacimiento
Domicilio		Número	Piso	Depto.
Localidad - Provincia		País		Código postal
DNI N°	Nacionalidad		Teléfono	
Correo electrónico				
Fecha de ingreso al país	Comprobado con	¿ Reside en el país? Sí ☐ No ☐	¿Trabaja en relación de dependencia? Sí ☐ No ☐	¿Percibe asignaciones por otro sistema? Sí ☐ No ☐
¿Presenta certificado de pluricobertura? Sí ☐ No ☐		¿tiene otro beneficio o prestación? Sí ☐ No ☐		Opción por el régimen más beneficioso Opto por:
Fecha de fallecimiento	Parentesco			

3 – Datos de cónyuge o conviviente

Apellido/s y nombre/s			N° de CUIL / CUIT	
Domicilio		Número	Piso	Depto.
Localidad - Provincia		País		Código postal
LC/LE/DNI N°	Nacionalidad	Teléfono		
Correo electrónico				
¿Trabaja en relación de dependencia? Sí ☐ No ☐	¿Percibe asignaciones por otro sistema? Sí ☐ No ☐	¿tiene embargo? Sí ☐ No ☐	¿ Reside en el país? Sí ☐ No ☐	¿tienen hijas/os en común? Sí ☐ No ☐

4 – Designación de persona apoderada para: **Tramitar** ☐ **Percibir** ☐ **Tutor/a - curador/a** ☐

Apellido/s y nombre/s			Nº de CUIT / CUIL	
DNI nº	Parentesco con la persona solicitante		N° de carpeta de gestor/a	
Si es profesional, indicar matrícula, número, tomo y folio				
Domicilio			Número	Piso / Dpto.
Localidad - Provincia		Código postal	Teléfono	

X

Firma y aclaración de la persona solicitante

Firma y aclaración de la persona apoderada

Certificación de identidad y firma por autoridad competente: certifico que los datos personales que consignaron de la persona solicitante y apoderado/a consignados, son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que en cada caso se indican y que tuve a la vista, así como también que las firmas fueron puestas en mi presencia.

Lugar y fecha: _____

Firma, aclaración y cargo: _____

5 – Banco donde desea percibir sus haberes

6 – Hijas/os solicitantes

Apellido/s y nombre/s			Nº de CUIT / CUIL
Fecha de nacimiento	¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐	¿ Reside en el país? Sí ☐ No ☐	Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente
Apellido/s y nombre/s			Nº de CUIT / CUIL
Fecha de nacimiento	¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐	¿Reside en el país? Sí ☐ No ☐	Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente
Apellido/s y nombre/s			Nº de CUIT / CUIL
Fecha de nacimiento	¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐	¿Reside en el país? Sí ☐ No ☐	Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente
Apellido/s y nombre/s			Nº de CUIT / CUIL
Fecha de nacimiento	¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐	¿Reside en el país? Sí ☐ No ☐	Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente
Apellido/s y nombre/s			Nº de CUIT / CUIL
Fecha de nacimiento	¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐	¿Reside en el país? Sí ☐ No ☐	Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente
Apellido/s y nombre/s			Nº de CUIT / CUIL
Fecha de nacimiento	¿Tiene embargo? Sí ☐ No ☐	¿Reside en el país? Sí ☐ No ☐	Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente
Apellido/s y nombre/s			Nº de CUIT / CUIL
Fecha de nacimiento	¿ Tiene embargo? Sí ☐ No ☐	¿Reside en el país? Sí ☐ No ☐	Opta por la prestación o beneficio que acuerda la presente

7 - Detalle cronológico de los servicios prestados por la persona solicitante, 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 del artículo 38 de la Ley 24.241

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

Se requiere la consideración de los servicios registrados en el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) ante la ausencia de otra documentación. **Sí** ☐ **No** ☐ continúo en actividad a partir de la fecha _____/_____/_____

8 - Declaraciones juradas para algunas prestaciones o beneficios:

Jubilaciones

- **Declaración jurada Ley N° 24.013**

Manifiesto bajo declaración jurada **sí** ☐ **no** ☐ (tildar lo que corresponda) haber solicitado la prestación por desempleo. **Si tildé "no"**, me comprometo a **no** solicitarla.

Pensiones

- **Declaración jurada artículo 1° de la Ley N° 17.562**

De acuerdo con lo requerido por el artículo 9° de la Resolución S.E.S.S. N° 121/76, tomo conocimiento por este acto de lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N° 17.562, cuyos términos 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:

sí ☐ **no** ☐ me encontraba separada/o de hecho de mi cónyuge al tiempo de su fallecimiento.

sí ☐ **no** ☐ me encontraba separada/o judicialmente (Juzgado _____ Secretaría _____).

sí ☐ **no** ☐ me encontraba separada/o judicialmente por mutuo consentimiento (artículo 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 N° 24.476**

Invocando el carácter de titular del presente trámite de _____
Sí ☐ **No** ☐ (tildar lo que corresponda) acepto 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 de inicio de esta 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.

Asignación de Obra Social

Solicito la asignación de la siguiente Obra Social:

1. Agentes provenientes de organismos provinciales: Obra Social provincial ☐ _____
2. Empleados municipales: ObSBA ☐
3. Fuerzas Armadas y de Seguridad: INSSJyP ☐ DIBA ☐ DiBPFA ☐ IOSE ☐
4. No incluidos en 1, 2 o 3: INSSJyP ☐

Adicional por domicilio en Zona Austral

Sí ☐ **No** ☐ (tildar lo que corresponda) 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.

09 - Asignaciones Familiares

¿Solicita Asignaciones Familiares? Sí ☐ No ☐

¿Con retroactivo? Sí ☐ No ☐

Las Asignaciones Familiares serán liquidadas de acuerdo a las cargas familiares acreditadas en ANSES.

10 – Documentación relativa a convenios internacionales

☐ Acompaña solicitud de prestación conforme al Convenio.

☐ Adjunta documentación complementaria (detalle):

11 – Espacio reservado para el organismo o entidad emisora

12 - Observaciones

X

Este formulario tiene carácter de declaración jurada. Debe completarse sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a las personas infractoras a las penalidades previstas en los artículos 172, 275, y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Lugar y fecha_____,___/___/___

X _____

Firma y aclaración de la persona solicitante

Certificación de identidad y firma por autoridad competente

Certifico que los datos personales que consignó la persona solicitante son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que en cada caso se indican y tuve a la vista y que la firma fue puesta en mi presencia.

Lugar y fecha_____,___/___/___

Firma, aclaración y cargo

Únicamente podrán certificar agentes de la ANSES, de la Secretaría de Seguridad Social, Policía, Gendarmería, Prefectura Naval, Juez/a o Secretario/a de Paz del fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano/a con registro y Directoras/es de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos, nacionales, provinciales, municipales o privadas (éstas/os últimas/os en los casos de solicitantes internadas/os en establecimientos bajo su jurisdicción).