SOLICITUD DE:

IPS INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL — MISIONES

☐ JUBILACIÓN .....

☐ PENSIÓN

☐ RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Para: .....

Marcar con una (X) según corresponda.

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada.

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO

Apellido/s completo	Nombre/s completos	Sexo

Fecha de nacimiento	Libreta de Enr. Nº	DM	Libreta Cívica Nº	C.I. Nº	Exp. por	Nacionalidad

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE JUBILACIÓN O RECONOCIMENTO DE SERVICIOS

Estado civil

☐ Soltero ☐ Separado de hecho

☐ Casado ☐ Separado legalmente o divorciado

☐ Viudo

Indicar con una (X)

Desde ...../...../..... Auteridad ante quien se formuló la denuncia.....

.....

Desde ...../...../..... Acción Judicial indicada ante Juzgado .....

.....Secretaria.....

Tiene otro beneficio en trámite SI..... NO ..... Tipo de Beneficio .....

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

Ha iniciado expediente con anterioridad en este Instituto? SI..... NO ....

Retiró aporte SI..... NO ..... Computará servicios en otras Cajas? SI ..... NO .....

Caja/s .....

.....

.....

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO DE PENSIÓN (Cónyuges, hijos, padres, hermanos)

Apellido y Nombres Completos	Parentesco	Nació			Es Incapacitado Si - No	Depende de Ud. Si - No
		Día	Mes	Año		

Requiera las instituciones donde se indica la documentación que debe acompañar con esta solicitud.

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres Completos de los solicitantes	Parentesco	Nació			Documento de Identidad				Estado Civil	Tiene beneficio empleo Si - No
		Día	Mes	Año	LE LC CI	CI Exped. Por	Número	DM		

3

Inició expediente con anterioridad en este Instituto? Si ..... No..... Expediente Nº .....

Declaro no conocer otras personas con derecho a pensión (en caso contrario indicar en "OBSERVACIONES" quienes serían)

Si el afiliado inició trámite de Jubilación o era beneficiario indicar Exp. Nº ..... Jub. Pensión Beneficiario Nº .....

LLENA EN TODOS LOS CASOS POR LA/S PERSONAS QUE SOLICITA/N EL BENEFICIO
Excepto cuando se gestiona Pensión derivada de Jubilación otorgada o con expediente iniciado.

Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causales de períodos de inactividad

Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causales de períodos de inactividad

Empresa Repartición empleador y/o Actividad Por cuenta propia - Causa de Inactividad	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Tarea o Cargo	DESDE			HASTA		
				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

4

De resultar insuficiente este espacio, compleá información en hoja aparte

OBSERVACIONES: .....

.....

LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LAS PERSONAS QUE SOLICITAN EL BENEFICIO

Domicilio Particular: .....
Calle

.....
Localidad

..... Teléfono Nº .....
Provincia F.C.

Donde no hubiera calle, poner nombre de la finca, establecimiento o estancia.

Lugar y Fecha .....

Firma/s.....

Aclaración de firma/s .....

Impresión digito pulgar (Si no puede firmar)

Derecho izq.	
Derecho izq.	

6

Certifico que los datos consignados en los recuadros 1 a 3 son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que e cada caso se indica/n que tuve a la vista y que las/a firmas/s o impresión/es estampada/s en el recuadro Nº6 fueron colocados en mi presencia.

....
Lugar y fecha Sello Firma

7

Únicamente podrán certificar funcionarios de Instituto de Previción Social, Policía, Gendarmería Nacional, Marítima, Juez de Paz, Escribano con registro y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas en los casos de solicitantes nternados en el establecimiento bajo su dirección.