

**SUBSIDIO POR HIJO DISCAPACITADO**

**Solicitud para madre / padre / representante legal / tutor o curador**

Sr. Presidente  
de la Caja de Previsión y Seguro Médico  
de la Provincia de Buenos Aires

..... de.....de .....

El Sr./a.....  
(Nombres y Apellidos completos)

L.C.-L.E. -D.N.I ..... C.U.I.T./C.U.I.L .....con domicilio real en la localidad de  
calle.....nº.....piso.....Depto.....Teléfono.....en mi  
carácter de madre/ padre/ representante legal/ tutor/ curador (tachar lo que no corresponda)  
de.....nacido el.....D.N.I.nº.....hijo/a  
del Dr./a.....Mat.....quien  
padece.....,se dirige al Sr. Presidente a fin de  
solicitar el **Subsidio por Hijo Discapacitado**, de conformidad con las disposiciones de la  
Reglamentación vigente.

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la  
documentación y formalidades que debo presentar para la viabilidad de la solicitud.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo  
domicilio especial en calle.....nº .....piso.....depto.....de la  
localidad de .....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones  
y/o requerimientos que se formulen.

.....

FIRMA

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi  
presencia por el/la :  
  
Sr/a.....  
  
DNI Nº.....  
  
.....  
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente

FP009/6 Rev. 002