

**SUBSIDIO POR HIJO DISCAPACITADO**

**Solicitud para pensionadas/os**

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

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

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

L.C.- L.E. – D.N.I. ....C.U.I.T./ C.U.I.L. ....

beneficiario de Pensión por el fallecimiento del Dr./a.....Mat.  
nº....., con domicilio real en la localidad de .....,  
calle..... Nº..... Piso..... , Dto....., Teléfono .....se dirige  
al Sr. Presidente a fin de solicitar el **Subsidio por Hijo Discapacitado**, de conformidad con las  
disposiciones de la Reglamentación vigente, por mi hijo/a  
.....nacido el ..... DNI Nº .....  
quien padece .....

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

FP009/5 Rev. 002