

## SOLICITUD DE CARGA DE FAMILIA

ORIGINARIA

PRÓRROGA

|                       |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| MATRÍCULA PROFESIONAL |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| BENEFICIO PRINCIPAL (COMPLETAR) |  |
|---------------------------------|--|

### 1.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE:

|  |  |  |   |  |  |     |   |
|--|--|--|---|--|--|-----|---|
| NOMBRE Y APELLIDO:   |  |  |   |  |  |     |   |
| DOCUMENTO (TIPO Y NÚMERO):                                 |  |  |   |  |  |     |   |
| CUIT/CUIL:   |  |  | - |  |  |     | - |
| DOMICILIO PARTICULAR (CALLE Y NÚMERO – PISO/DEPARTAMENTO): |  |  |   |  |  |     |   |
| LOCALIDAD:   |  |  |   |  |  | CP: |   |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:                           |  |  |   |  |  |     |   |
| TELÉFONO CELULAR:  |  |  |   |  |  |     |   |

### 2.- DATOS FAMILIAR/ES PARA LA CARGA DE FAMILIA:

|                                  |  |  |   |                                      |  |  |   |
|----------------------------------|--|--|---|--------------------------------------|--|--|---|
| <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>        |  |  |   |                                      |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> CÓNYUGE |  |  |   | <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE |  |  |   |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)    |  |  | / |                                      |  |  |   |
| DNI                              |  |  |   |                                      |  |  |   |
| CUIL                             |  |  | - |                                      |  |  | - |

|  |  |   |   |  |  |  |   |
|--|--|---|---|--|--|--|---|
| <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>  |  |   |   |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HIJO/A MENOR DE EDAD  |  | <input type="checkbox"/> HIJO/A MAYOR DE EDAD |   |  | <input type="checkbox"/> HIJO/A CON DISCAPACIDAD |  |   |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)  |  |   | / |  |  |  |   |
| DNI  |  |   |   |  |  |  |   |
| CUIL   |  |   | - |  |  |  | - |
| ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL<br>(para peticiones de hijos/as mayores de 18 años que estudian y no trabajan) |  |   |   |  |  |  |   |

|   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---|
| <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HIJO/A MENOR DE EDAD   |  |  |   | <input type="checkbox"/> HIJO/A MAYOR DE EDAD |  |  |  | <input type="checkbox"/> HIJO/A CON DISCAPACIDAD |  |  |  |   |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)   |  |  |   | /   |  |  |  | /  |  |  |  |   |
| DNI   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| CUIL  |  |  | - |   |  |  |  |  |  |  |  | - |
| ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL<br>(para peticiones de hijos/as mayores de 18 años<br>que estudian y no trabajan) |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |

**3.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:**

- DNI (ANVERSO Y REVERSO) DEL/LA SOLICITANTE
- DNI (ANVERSO Y REVERSO) DEL O LOS FAMILIARES POR LOS QUE SE SOLICITA CARGA DE FAMILIA
- PARTIDA DE MATRIMONIO ACTUALIZADA (EN CASO DE PETICIÓN POR CÓNYUGE)
- PRUEBA DE CONVIVENCIA (EN CASO DE PETICIÓN POR CONVIVIENTE EN APARENTE MATRIMONIO)
- PARTIDA DE NACIMIENTO DE HIJO/A (PARA SOLICITUD ORIGINARIA)
- CERTIFICADO ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL (PARA HIJOS/AS MAYORES DE 18 AÑOS)
- CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE ANSES (PARA HIJOS/AS MAYORES DE 18 AÑOS)
- DOCUMENTACIÓN MÉDICA (PARA HIJOS/AS CON DISCAPACIDAD)
- OTRA DOCUMENTACIÓN: .....

.....

.....

**4.- DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES:**

- a) Constituyo domicilio especial (físico y electrónico) en los consignados en el ítem 1 de la presente.
- b) Me comprometo a conservar la documentación para ser presentada en original o copia certificada en caso de ser requerida por la Caja.
- c) Declaro estar en conocimiento del marco legal y reglamentario aplicable.
- d) En caso de petición por HIJOS/AS MAYORES DE 18 AÑOS, declaro bajo juramento que estudian y no realiza/n actividades remuneradas, obligándome a notificar cualquier modificación en su situación de estudio y/o trabajo, como también a petitionar la baja del beneficio en caso de corresponder, estando en conocimiento que deberé solicitar la prórroga de cobertura anualmente.
- e) En caso de peticiones por HIJOS/AS MAYORES CON DISCAPACIDAD declaro bajo juramento que se encuentra/n a mi cargo y no realiza/n actividades remuneradas.
- f) En caso de acuerdo, de corresponder la liquidación del beneficio se realizará en función del régimen de aportación y tabla actuarial.

LUGAR Y FECHA: .....

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

**ANEXO PARA AMPLIACIÓN DE DECLARACIÓN DE FAMILIARES (HIJOS/AS)**

|  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|---|---|--|---|--|--|--|--|--|---|
| <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HIJO/A MENOR DE EDAD  |  |  |   | <input type="checkbox"/> HIJO/A MAYOR DE EDAD |  |   |  | <input type="checkbox"/> HIJO/A CON DISCAPACIDAD |  |  |  |   |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)  |  |  | / |   |  | / |  |  |  |  |  |   |
| DNI  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
| CUIL   |  |  | - |   |  |   |  |  |  |  |  | - |
| ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL<br>(para peticiones de hijos/as mayores de 18 años que estudian y no trabajan) |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |

|  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|---|---|--|---|--|--|--|--|--|---|
| <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HIJO/A MENOR DE EDAD  |  |  |   | <input type="checkbox"/> HIJO/A MAYOR DE EDAD |  |   |  | <input type="checkbox"/> HIJO/A CON DISCAPACIDAD |  |  |  |   |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)  |  |  | / |   |  | / |  |  |  |  |  |   |
| DNI  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
| CUIL   |  |  | - |   |  |   |  |  |  |  |  | - |
| ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL<br>(para peticiones de hijos/as mayores de 18 años que estudian y no trabajan) |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |

|  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|---|---|--|---|--|--|--|--|--|---|
| <b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> HIJO/A MENOR DE EDAD  |  |  |   | <input type="checkbox"/> HIJO/A MAYOR DE EDAD |  |   |  | <input type="checkbox"/> HIJO/A CON DISCAPACIDAD |  |  |  |   |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)  |  |  | / |   |  | / |  |  |  |  |  |   |
| DNI  |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |
| CUIL   |  |  | - |   |  |   |  |  |  |  |  | - |
| ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL<br>(para peticiones de hijos/as mayores de 18 años que estudian y no trabajan) |  |  |   |   |  |   |  |  |  |  |  |   |

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN