



SOLICITUD DE ASIGNACIÓN FAMILIAR PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (Trámite Digital)

Lugar y fecha: de de 20.....

Sr./a Presidente de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires

S / D:

Quien suscribe....., afiliado/pensionado N° con domicilio real en calle..... N°..... de la localidad de....., teléfono fijo....., teléfono celular, de acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento de Asignaciones Familiares, el que declara conocer y aceptar en todos sus términos, cumple en dirigirse al Sr. Presidente con el objeto de solicitarle se me acuerde la Asignación Familiar por Hijo Discapacitado económicamente a cargo. A fin de cumplimentar lo dispuesto por el Reglamento de Asignaciones Familiares para Jubilados y Pensionados de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, el que declaro conocer y consentir en todos sus términos, el suscripto manifiesta bajo juramento que tiene a su cargo a su/s hijo/s discapacitado/s:

Apellido y Nombre:

Documento de Identidad N°:; Fecha Nacimiento/...../.....-

NOTA: Se entiende por hijo 'económicamente a cargo', aquellos que no tengan ingresos superiores al salario mínimo vital y móvil.

Firma y Aclaración del Solicitante

Documentación Necesaria:

Para solicitar este beneficio deberá presentar: a) Certificados de Nacimiento del/de los Hijos; b) Certificado Único de Discapacidad (C.U.D.) del/de los Hijos; c) Historia Clínica del/de los Hijos debidamente confeccionada y firmada por el médico que atienda al hijo discapacitado; d) Comprobante que certifique la situación laboral del Hijo Discapacitado ante la A.F.I.P. o la A.N.SE.S. (sólo para hijos mayores de edad).

Presentación del Trámite: El trámite deberá enviarse exclusiva e inexcusablemente a la dirección de correo electrónico: tramitesonline@cajaodo.org.ar.

El envío a cualquier otra dirección de correo electrónico, inclusive perteneciente a la institución, será rechazado y el trámite no se tendrá por presentado. Los plazos previstos por la Reglamentación deberán cumplirse con la presentación ante la dirección de correo electrónico arriba enunciada.

Constitución de Domicilio Electrónico:

COMPLETE AQUÍ



CORREO ELECTRONICO:

Constituyo el correo arriba indicado como domicilio electrónico, aceptando que allí se envíen todas las notificaciones sucesivas por parte de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, sin poder desconocer la recepción de las notificaciones allí cursadas. Me comprometo a revisar diariamente la bandeja de entrada de mi correo electrónico arriba denunciado, como así también las bandejas de spam, correo

no deseado, y/o toda otra en la que pudiera recibir las notificaciones de parte de la Caja. Acepto que las notificaciones dirigidas a mi domicilio electrónico serán fehacientes y válidas.

Constitución como Depositario de la Documentación presentada:

Manifiesto que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténtica la firma rubricada al pie del presente.

Acepto convertirme en depositario a título gratuito de la documentación original, presentada digitalmente (en los términos de los Arts. 1356 y ss. del Cód. Civ. y Com. de la Nación), por el término de un (1) año desde la fecha de presentación del trámite ante la Caja por vía digital. Se me ha indicado, entiendo y acepto que la falta de presentación de dicha documentación ante la solicitud por parte de la Caja podrá acarrear la pérdida del beneficio, y las sanciones que oportunamente determine el Directorio de la Institución. Acepto que el requerimiento de la documentación original se realice al domicilio electrónico constituido en este formulario. Asimismo, en dicha oportunidad certificaré mis firmas con mi D.N.I. frente a personal de la Caja.

Declaro que la firma en los formularios correspondientes me pertenece y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de mis facultades mentales, responsabilizándome personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja.

Se me ha informado y acepto que:

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva el derecho de no aceptar los formularios y documentación acompañada digitalmente o en papel si existieran dudas sobre la autenticidad y/o veracidad de los mismos o si los mismos se encontraran borrosos o ilegibles.

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta u otra vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

Forma de Pago: En caso de ser otorgado el beneficio solicitado, se me ha informado debidamente que la forma de pago es exclusivamente en forma conjunta con el haber previsional que percibo ante esta entidad, aceptando se descuenta el beneficio en el supuesto en que el suscripto posea deuda con esta Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Firma y Aclaración del solicitante