



**SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA HIJOS DISCAPACITADOS DEL AFILIADO  
(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:**

**De mi consideración:**

Quien suscribe.....

Afiliado/a N° ....., con domicilio real en  
calle.....N°..... de la localidad

....., teléfono fijo.....,

teléfono celular ....., de acuerdo a lo dispuesto por el Reglamento de **Subsidio**

**para Hijos Discapacitados del Afiliado**, el que declara conocer y consentir en todos sus términos, incluyendo las modificaciones realizadas al mismo vigentes a la fecha, se presenta con el objeto de solicitar se le acuerde el Subsidio mencionado, para ser aplicado a los fines establecidos en el Reglamento respectivo, según consta en la documentación que se acompaña al efecto.

Saludo a Ud. atentamente.-

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Afiliado/Solicitante

**Documentación necesaria para la solicitud:**

- Partida de Nacimiento del hijo Discapacitado (o Copia Certificada de la Sentencia de Adopción), expedida por el Registro de las Personas;
- Certificado Único de Discapacidad VIGENTE, del hijo por el cual se solicita el Subsidio;
- Historia Clínica del hijo Discapacitado, que informe naturaleza de la incapacidad, grado y posibilidades de rehabilitación.
- Formulario de Atención al hijo Discapacitado, firmado por el profesional o responsable de la institución a cargo de la rehabilitación.

**ACLARACION:** El presente subsidio deberá ser renovado **anualmente**, acompañando nuevamente el Formulario de Atención al hijo Discapacitado, no será necesario acompañar el Certificado Único de Discapacidad si el mismo continúa vigente durante el período de la renovación. La Caja tiene la potestad de requerir esta documentación si lo considera necesario.

**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.

*(El presente formulario continúa en la siguiente página)*

**DECLARACION JURADA DE HIJO DISCAPACITADO A SU CARGO**

De mi consideración:

Quien suscribe.....Odontólogo/a o Jubilado/a o Pensionado/a, Afiliado N°....., Documento de Identidad N°....., **DECLARA BAJO JURAMENTO** que conforme los términos de lo dispuesto por el Reglamento de Subsidio para Hijos Discapacitados del Afiliado de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, **tiene a su cargo a su hijo/a discapacitado/a:**

.....

Saludo a Ud. atentamente.-

**IMPORTANTE:** A continuación, transcribimos el artículo 2º del Reglamento de Subsidio para Hijos Discapacitados del Afiliado: *“El Subsidio se otorgará por períodos anuales, desde la fecha de solicitud del beneficio, hasta que el hijo cumpla los 21 años de edad, siempre y cuando cumplimente los demás requisitos exigidos por el presente reglamento...”*.-

**QUEDO DEBIDAMENTE NOTIFICADO**

**Constitución de Domicilio Electrónico:**

**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.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Afiliado/Solicitante

*(El presente formulario continúa en la siguiente página)*

### **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 ante la solicitud podrá acarrear la pérdida del beneficio, y las sanciones que oportunamente determine el H. 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 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.

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 para los afiliados activos es exclusivamente a través de imputación de los montos derivados del Subsidio a las Boletas de Aportes contemplados en la Ley Provincial N° 8.119 (y modificatorias), que se emitan con posterioridad a la Aprobación del Subsidio solicitado, siempre que no existan boletas pendientes de pago al momento de la solicitud, que no impidan el otorgamiento del Subsidio, en cuyo caso se imputará a estas últimas.

La solicitud y/u otorgamiento del Subsidio **no me exime de abonar las Boletas de Aportes correspondientes**. Es mi obligación controlar periódicamente el estado de las mismas, y abonarlas en caso de ser necesario. La existencia de deuda con la entidad acarreará las consecuencias dispuestas en la Ley 8.119 y en los reglamentos aplicables.

También se me ha informado debidamente que la forma de pago, para los afiliados jubilados y pensionados, es exclusivamente a través del pago de los haberes mensuales conjuntamente con los mismos.

**Aclaración Importante:** El presente Subsidio se otorga a los efectos de **mejorar la calidad de vida del hijo discapacitado del afiliado**, procurando su rehabilitación, parcial o total, pero en un marco de continuidad.

Por ese motivo, se exige la presentación de un Certificado de Atención, que se acompaña en la siguiente página.

Considerando que el hijo discapacitado puede tener rehabilitación en más de una institución, deberá presentar uno por cada una de ellas, imprimiendo la hoja en cuestión tantas veces como sea necesario.

---

Firma y Aclaración del Afiliado/Solicitante

---

Matrícula del Afiliado/Solicitante

*(El presente formulario continúa en la siguiente página)*

## Certificado de Atención al Discapacitado

**IMPORTANTE:** La presente página debe completarse y firmarse por el Profesional o Representante de la Institución que interviene en la rehabilitación. Debe presentarse UNO POR CADA PROFESIONAL O INSTITUCION. Puede imprimirse tantas veces como sea necesario.

El que suscribe, en su carácter de (Profesional encargado de la rehabilitación, Administrador, Director, Secretario) de.....

(denominación de la Institución), con Sede en la calle ..... de la localidad de .....

certifica que en la mencionada entidad se atiende a .....

hijo/hijo adoptivo de ..... y de .....

....., nacido el ...../...../.....

El que se encuentra afectado de .....

realizando en esta Institución el siguiente tratamiento de rehabilitación: .....

.....

.....

.....

.....

.....

La atención que se dispensa a la mencionada persona lo es a los efectos de su rehabilitación.

En fe de lo cual y para su presentación ante la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, expido el presente certificado que sello y firmo en la ciudad de ..... a los ..... días del mes de ..... de 20.....-

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Sello de Profesional y/o Institución