



## Solicitud de Asignación Familiar

..... de..... de 20.....

Sr. PRESIDENTE DE LA  
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dr.....

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi consideración:

El/La que suscribe ....., D.N.I. N°.....con domicilio real en calle.....N°.....de la localidad de .....,teléfono fijo.....,teléfono celular.....,correo electrónico..... y domicilio profesional en calle..... N°.....de la localidad de .....,afiliado/a N°.....del Distrito....., 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 mi: a) Hijo menor en escolaridad (hasta 18 años cumplidos).....,D.N.I. N°.....,b) Hijo Discapacitado (sin límite de edad).....,D.N.I. N°.....-

A los efectos de acreditar mi derecho, acompaño los siguientes comprobantes:

### **Para hijos menores en escolaridad (hasta 18 años cumplidos):**

- 1) Certificados de Nacimiento de Hijos.
- 2) Certificados de Escolaridad.
- 3) Declaración Jurada de Familiares a Cargo (Formulario APJ)

### **Para hijos discapacitados (sin límite de edad):**

- 4) Certificados de Nacimiento de Hijos.
- 5) Certificado Oficial de Discapacidad.
- 6) Historia Clínica debidamente completada y firmada por el médico que atienda al discapacitado.
- 7) Declaración Jurada sobre Hijos Discapacitados a Cargo (Formulario APN).

8) Comprobante que certifique la situación laboral del Hijo Discapacitado ante la A.F.I.P. o la A.N.S.E.S.

.....

FIRMA

DTO	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN

  

NÚMERO DE AFILIADO									
								-	

  

OF. R.	CÓDIGO	T. E.
0 3	A P 8	