



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, cumple en dirigirse al Sr. Presidente con el objeto de solicitarle se me acuerde la Asignación Familiar por mi: a) Cónyuge o conviviente: Sr./a....., D.N.I. N°....., b) Hijo menor en escolaridad (hasta 18 años cumplidos).....,D.N.I. N°.....,c) Hijo incapacitado (sin límite de edad).....,D.N.I. N°.....-

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

Para cónyuges o convivientes:

1) Certificado de Matrimonio actualizado o documentación que avale la convivencia conforme a lo exigido por el Reglamento de Pensiones.

2) Declaración Jurada de Familiares a Cargo (Formulario APJ)

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

3) Certificados de Nacimiento de Hijos.

4) Certificados de Escolaridad.

5) Declaración Jurada de Familiares a Cargo (Formulario APJ)

Para hijos incapacitados (sin límite de edad):

6) Certificado Oficial de Discapacidad.

7) Historia Clínica debidamente completada y firmada por el médico que atiende al discapacitado.

8) Declaración Jurada sobre Hijos Discapacitados a Cargo (Formulario APN), adjuntando a la misma comprobante que certifique su situación laboral ante la A.F.I.P.

.....

FIRMA

DTO	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN						
		NÚMERO DE AFILIADO						
							-	
O.E.R.		CÓDIGO			T.E.			
0	3	A	P	8				