

DDJJ para la Tramitación de Autorización para el Cobro del beneficio por persona con Discapacidad

Lugar de Trabajo: _____

Nº de Afiliado: _____

DATOS DEL AFILIADO		
CUIL:	DOCUMENTO Nº:	
APELLIDO Y NOMBRES:		
DOMICILIO:		
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	D.P.:
TELÉFONO DE CONTACTO:		
CORREO ELECTRÓNICO:		
ESTADO CIVIL:		

DATOS DE LA PERSONA DISCAPACITADA		
CUIL:	DOCUMENTO Nº:	
APELLIDO Y NOMBRES:		
DOMICILIO:		
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	D.P.:
TELÉFONO DE CONTACTO:		
CORREO ELECTRÓNICO:		
ESTADO CIVIL:		

TELÉFONO DE CONTACTO:
CORREO ELECTRÓNICO:
ESTADO CIVIL:

DATOS REPRESENTANTE:	
CUIL:	DOCUMENTO Nº
TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO:

Firma del afiliado y/o representante legal: _____



CONSTANCIA DE RECEPCIÓN

Lugar de Trabajo: _____

Nº de Afiliado: _____

DATOS DEL AFILIADO	Nº DE AFILIADO:
Nº DOCUMENTO AFILIADO:	
APELLIDO Y NOMBRES AFILIADO:	
Nº DOCUMENTO PERSONA DISCAPACITADA:	
APELLIDO Y NOMBRES PERSONA DISCAPACITADA:	
TRAMITE:	ACEPTADO:
	RECHAZADO:
MOTIVO: _____ No presenta documentación acreditante del Estado	

OBSERVACIONES: _____

Instrucciones para el llenado del Formulario:

Deberán completarse todos los datos del afiliado, persona con discapacidad y representante legal con letra clara y en imprenta, sin tachaduras ni enmiendas. A los fines del otorgamiento del beneficio será necesario presentar: Original y fotocopia del Certificado Único de Discapacidad (CUD), excedido por los organismos habilitados a tal efecto, en el marco de las previsiones de la ley 22.431 o en su reemplazo, el certificado de discapacidad vigente conforme a la Ley Provincial correspondiente, **el que se considerará válido hasta la fecha de vencimiento**. Para el caso de no contar con certificado de discapacidad, se deberá acompañar certificado médico y copia de historia clínica. En los casos donde no coincidan los domicilios declarados en el Formulario, el titular deberá presentar original y fotocopia de la documentación que acredite que tiene a su cargo a la persona con discapacidad, acompañando al menos una constancia de las que se detallan en el reglamento de servicios sociales y otra documentación que permita comprobar que el titular contribuye a hacer frente a la enfermedad de la persona con discapacidad.

EL PAGO DEL SUBSIDIO MENSUAL POR PROTECCIÓN POR DISCAPACIDAD QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS VIGENTES.

EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA DEBIENDO SER COMPLETADO SIN OMITIR O FALSEAR NINGÚN DATO DE CONFORMIDAD A LOS TÉRMINOS DE LA LEY PENAL VIGENTE.

Firma del afiliado titular: _____

Firma y aclaración del representante sindical: _____

RECIBIDO POR EL SINDICATO JUDICIAL EN FECHA : _____ / _____ / _____

Recuerde renovar el certificado único de discapacidad (CUD) con anticipación al vencimiento del vigente, a los fines de su presentación para mantener el beneficio.

