

Solicitud de Beneficio Previsional

Declaración Jurada

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL

para los Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires • Ley 12.163



- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jubilación Ordinaria | <input type="checkbox"/> Jubilación Ordinaria con Postergación de Beneficio | <input type="checkbox"/> Jubilación por Invalidez |
| <input type="checkbox"/> Jubilación Parcial | <input type="checkbox"/> Jubilación por Mayor Edad con Postergación de Beneficio | <input type="checkbox"/> Reconocimiento de Aportes |
| <input type="checkbox"/> Jubilación por Mayor Edad | <input type="checkbox"/> Jubilación por Convenio de Reciprocidad | <input type="checkbox"/> Pensión |

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre/s y Apellido/s: _____

Número de Afiliado: _____ Documento de identidad: DNI LE LC Número: _____

Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. de CUIT/CUIL: _____

Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Email: _____

Nombre/s y Apellido/s del padre: _____

Nombre/s y Apellido/s del madre: _____

DATOS DEL CAUSANTE (Completar solo en caso de pensión)

Afiliado/a: _____

Número de Afiliado: _____ Fecha de Fallecimiento: _____

- ¿La solicita en representación de menores? SI NO
- En carácter de PADRE MADRE CURADOR CONVIVIENTE TUTOR

RELEVAMIENTO

- Tiene otro beneficio otorgado o en trámite SI NO

- Tipo de beneficio: _____

- En que Caja o Instituto: _____

- Computará servicios en otras Cajas SI NO Cajas/s _____

Datos de familiares con posible derecho a pensión (Cónyuge, conviviente, hijos menores o incapacitados, padres bajo amparo económico)

APPELLIDO/S Y NOMBRE/S	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	INCAPACITADO (SI-NO)	AMPARO (SI-NO)

Declaro no conocer otras personas con derecho a Pensión (Caso contrario indicarlo en "Observaciones")

DATOS DE LA SUCURSAL DEL BANCO PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Deseo que mi haber previsional pueda ser percibido en el Banco de la Pcia. de Buenos Aires, Sucursal N° _____

sita en la calle _____ de la localidad de _____

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE EJEMPLAR REVISTEN EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Lugar y fecha _____

Firma y aclaración

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (Únicamente podrán certificar Directivos y funcionarios de la Caja de Psicólogos, Directivos del Colegio de Psicólogos, Policía, Juez de Paz, Escribano con registro y Registro Público de Comercio)

Firma

Aclaración de firma y Cargo

DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR CON LA SOLICITUD

- JUBILACIÓN ORDINARIA (*)
- JUBILACIÓN PARCIAL (*)
- JUBILACIÓN MAYOR EDAD (*)
- RECONOCIMIENTO DE APORTES (*)
- JUBILACIÓN CON POSTERGACIÓN DE BENEFICIO

- Fotocopia legalizada del Documento del Identidad (2 primeras hojas)
- Certificado de historial de matrícula expedido por el Colegio de Psicólogos (*) *(para poder percibir el beneficio debe cancelar la matrícula profesional)*

- JUBILACIÓN POR INVALIDEZ

- Fotocopia legalizada del Documento del Identidad (2 primeras hojas)
- Historia clínica firmada por el médico o profesional tratante

- PENSIÓN

- Fotocopia legalizada del Documento del Identidad (2 primeras hojas)
- Certificado de historial de matrícula expedido por el Colegio de Psicólogos, salvo que se trate de afiliados beneficiarios de una Jubilación otorgada por esta Caja
- Certificado de defunción del causante, con las actuaciones penales en caso de tratarse de muerte traumática.
- Documentación acreditante del vínculo invocado, actualizado.
- Constancia de CUIT o CUIL
- Formulario 572 de retención al impuesto a las ganancias
- Si el trámite es realizado por representante, el mismo deberá presentar Carta Poder, DNI y credencial habilitante si es abogado.

IMPORTANTE

La obligación de efectuar los aportes previsionales subsiste:

- a) En el caso de jubilaciones: hasta el aporte del mes en que se produce la cancelación de su matrícula profesional en jurisdicción del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.
- b) En el caso de la pensión: hasta el aporte del mes en que se produjo el deceso del afiliado.

PARA DAR INGRESO A ESTA SOLICITUD ES INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

OBSERVACIONES _____

DISTRITO _____

Firma del responsable que recibe

Aclaración o sello