



SOLICITUD ASIGNACIONES Y SUBSIDIOS

Beneficio que solicita: (Marcar con una "X")

<input type="checkbox"/> Asignación por Nacimiento	<input type="checkbox"/> Subsidio por Fallecimiento Afiliado	<input type="checkbox"/> Asignación por hijo con discapacidad
<input type="checkbox"/> Asignación por Adopción	<input type="checkbox"/> Subsidio por Fallecimiento Pensionado	<input type="checkbox"/> Haberes pendientes de cobro
<input type="checkbox"/> Asignación por Maternidad	<input type="checkbox"/> Subsidio por Fallecimiento Familiar:	
<input type="checkbox"/> Subsidio por Matrimonio	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo menor o mayor incapacitado	

Datos del afiliado:

Apellido y nombre completo:

Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	Colegio de Abogados/ Delegación:	Tomo:	Folio:
---	-------------------------------------	-------	--------

<input type="checkbox"/> Domicilio real Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
Barrio Privado / Country:	Localidad:	C.P.:		
Teléfono/s:				

<input type="checkbox"/> Domicilio legal Calle: (Estudio profesional)	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
Localidad:	C.P.:	Teléfono/s:		

Marque con una cruz (X) el domicilio para recibir correspondencia. Éste domicilio se considerará como "constituido" a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja.

Declaro bajo juramento la siguiente dirección de correo electrónico, a los fines de la notificación de la resolución que se adopte, con los efectos del domicilio constituido:

E-mail:

Completar con los siguientes datos, según lo solicitado:

Asignación por Nacimiento, Maternidad, Adopción e Hijo con Discapacidad Datos del hijo	Apellido y nombre/s: Tipo y n° de documento:	Fecha de Nacimiento:
Asignación por Hijo con Discapacidad Datos para cobro por banco	Banco <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Provincia de Buenos Aires	N° de Sucursal:
Subsidio por Matrimonio Datos del cónyuge	Apellido y nombre/s: Tipo y n° de documento:	Fecha de Nacimiento: Fecha de Matrimonio:
Subsidio por Fallecimiento Afiliado / Pensionado Datos del solicitante	Apellido y nombre/s: Tipo y n° de documento: Domicilio:	Fecha de Fallecimiento: Teléfono/Fax:
Subsidio por Fallecimiento Familiar Datos del fallecido	Apellido y nombre/s: Tipo y n° de documento:	Fecha de Fallecimiento:

DECLARACIÓN JURADA

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS PRECEDENTES SON EXACTOS Y QUE LO HE CONFECCIONADO SIN OMITIR NI FALSEAR LA INFORMACIÓN, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESPECTIVA REGLAMENTACIÓN.

Certifico que la firma es auténtica y que fue realizada ante mi presencia	
Firma y sello del certificador	Firma y aclaración del afiliado

Documentación que deberá acompañar a la presente solicitud. Para ser completado por personal de la Caja de Abogados:

1	"Solicitud de Asignación por Nacimiento"	
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Otros documentos:		
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula		
En caso de ser mas de un hijo y no constar con los certificados pertinentes, además deberá presentar: <input type="checkbox"/> Certificado/s de Nacimiento de hijo/s anterior/es		
2	"Solicitud de Asignación por Adopción"	
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula <input type="checkbox"/> Sentencia de Adopción, firme y consentida		
3	"Solicitud de Asignación por Maternidad"	
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Otros documentos:		
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula		
En caso de ser mas de un hijo y no constar con los certificados pertinentes, además deberá presentar: <input type="checkbox"/> Certificado/s de Nacimiento de hijo/s anterior/es		
4	"Solicitud de Subsidio por Matrimonio"	
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula <input type="checkbox"/> Otros documentos:		
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio		
5	"Solicitud de Subsidio por Fallecimiento del Afiliado"	
SI GENERA PENSIÓN	<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula (en caso de tratarse del fallecimiento de un afiliado activo) <input type="checkbox"/> Factura original de pago de gastos de sepelio (CON SELLO DE PAGADO O ACOMPAÑANDO RECIBO) <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción <input type="checkbox"/> Certificado que acredite el vínculo <input type="checkbox"/> Devolución de orden de pago o tarjeta (en caso de tratarse del fallecimiento de un jubilado)	TERCEROS <input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula (en caso de tratarse del fallecimiento de un afiliado activo) <input type="checkbox"/> Factura original del pago de los gastos de sepelio (CON SELLO DE PAGADO O ACOMPAÑANDO RECIBO) <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción <input type="checkbox"/> Devolución de orden de pago o tarjeta (en caso de tratarse del fallecimiento de un jubilado)
6	"Solicitud de Subsidio por Fallecimiento de Pensionado"	
<input type="checkbox"/> Certificado de Defunción <input type="checkbox"/> Devolución de orden de pago o tarjeta		
<input type="checkbox"/> Factura original de pago de gastos de sepelio y recibo		
7	"Solicitud de Subsidio por Fallecimiento de Familiar"	
<input type="checkbox"/> Certificado de Defunción <input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula <input type="checkbox"/> Certificado que acredite el vínculo		
En caso de fallecimiento del conviviente, deberá presentar :		<input type="checkbox"/> Prueba de acreditación de convivencia
8	"Solicitud de Asignación por Hijo con Discapacidad"	
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula		
<input type="checkbox"/> Documentación médica sobre la minusvalía denunciada expedida por el médico particular <input type="checkbox"/> Historia Clínica		
9	"Solicitud de Haberes Pendientes de Cobro por fallecimiento de jubilados y pensionados"	
<input type="checkbox"/> Certificado de Defunción <input type="checkbox"/> Devolución de orden de pago o tarjeta		
<input type="checkbox"/> Declaración bajo juramento de únicos y universales herederos del causante con firmas certificadas (Formulario 331/7) <input type="checkbox"/> Certificado que acredite vínculo		

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

Observaciones	Sello de cargo y firma del empleado que recibe
---------------	--

DORSO