



SOLICITUD ASIGNACIÓN POR HIJO CON DISCAPACIDAD

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:	Tomo: Folio:
Fecha de matriculación:	Fecha de expedición de título:	¿Percibe similar beneficio en otro ámbito? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Datos del hijo por el que se solicita el beneficio:

Apellido y nombre completo:			
DNI N°:	Fecha de nacimiento:	Fecha de origen de la discapacidad:	Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Transitoria
¿Se encuentra a su cargo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Vive en su mismo domicilio? (excepto internación) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Realiza actividades remuneradas (que no sean trabajos en talleres protegidos o similares)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Posee cobertura de salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo, cuáles son las circunstancias no amparadas por su cobertura de salud a las que se destinará el beneficio que se requiere: _____			

Datos para cobro por Banco:

Presto consentimiento a que el monto de la asignación se me efective en forma electrónica a través de la modalidad de transferencia de fondos en la cuenta del Banco de la Provincia de Buenos Aires que se procederá a abrir en mi nombre y en donde percibiré exclusivamente esta asignación.

N° de Sucursal del Banco de la Provincia de Buenos Aires donde solicita se le realice la apertura de cuenta:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS PRECEDENTES SON EXACTOS Y QUE LO HE CONFECCIONADO SIN OMITIR NI FALSEAR LA INFORMACIÓN. ASIMISMO, DECLARO CONOCER LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE.

Art. 8: CONDICIONALIDAD DEL BENEFICIO: No obstante los límites temporales establecidos, el otorgamiento del beneficio es de carácter condicional, por lo que no se constituye en hecho generador de derechos adquiridos, estando sujeto para su otorgamiento y goce, además del cumplimiento de los requisitos de admisibilidad aquí previstos, a la continuidad, vigencia y/o modificación del mismo conforme términos de los arts. 30 y 72 de la Ley 6716.

Certifico que la firma es auténtica y que fue realizada ante mi presencia

Firma y sello del certificante

Firma y aclaración del afiliado

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

- Certificado de Matrícula
- Certificado de Nacimiento
- Historia Clínica
- Documentación médica que acredite la discapacidad
- Certificado Único de Discapacidad (CUD)

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