

**CAJA MUNICIPAL DE JUBILACIONES  
Y PENSIONES DE SANTA FE**

San Jerónimo 2985 - C.C. 196  
Tel. (0342) 4534000 / 4536133

AFILIADO N° \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE:**  
Marcar con una (x) según corresponda

PAGO HABERES DEVENGADOS

AFILIACION: \_\_\_\_\_

JUBILACION: \_\_\_\_\_  
Tipo de Beneficio \_\_\_\_\_

PENSION \_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Para: \_\_\_\_\_

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de Declaración Jurada (Decreto N° 6178/54)

**DATOS DEL AFILIADO (llenar en todos los casos)**

APELLIDO/S Y NOMBRE/S COMPLETO/S							SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.		
Fecha Nacimiento			SERVICIO MILITAR			NACIONALIDAD		Fecha de Ingreso al Pale	
Día	Mes	Año	Alta:	Baja:	Exceptuado según fojas			Comprobado con _____	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD									
<input type="checkbox"/> Libreta Enrolamiento		<input type="checkbox"/> Libreta Cívica		<input type="checkbox"/> Documento Nac. de Identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de Identidad			
Distrito Militar _____			Ofic. Enroladora _____			Provincia y Lugar de emisión _____			
INDICAR ORDINAL									
N° _____		<input type="checkbox"/> Original		<input type="checkbox"/> Duplicado		<input type="checkbox"/> Triplicado		<input type="checkbox"/> Cuadruplicado	
ESTADO CIVIL									
<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> Separado de hecho(1)		<input type="checkbox"/> Separado legalmente o divorciado (2)	
(1) Desde / /		Autoridad ante quien formuló la denuncia: _____							
(2) Desde / /		Acción judicial iniciada ante: Juzgado _____				Secretaría _____			
¿Reside en el país?			¿Es afiliado de Obra Social?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, indicar:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Obra Social _____		N° de Afiliado _____					
¿TIENE OTRO BENEFICIO?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Otorgado en trámite		En caso afirmativo, indicar:		
Clase _____		N° de Beneficio _____		Expediente N° _____					
Caja o instituto _____									
¿HA SOLICITADO RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, indicar:				
Caja _____		Expediente N° _____							

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO VER INSTRUCCIONES

**DATOS DEL CONYUGE / CONVIVIENTE (Llenar en casos de solicitud de jubilación o pensión)**

APELLIDO/S Y NOMBRE/S COMPLETO/S				Fecha de casamiento/concubinato		NACIONALIDAD					
				Acta N° _____							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD											
<input type="checkbox"/> Libreta Enrolamiento		<input type="checkbox"/> Libreta Cívica		<input type="checkbox"/> Documento Nac. de Identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de Identidad					
Distrito Militar _____			Ofic. Enroladora _____			Provincia y Lugar de emisión _____					
INDICAR ORDINAL											
Fecha de Nacimiento / /		N° _____		<input type="checkbox"/> Original		<input type="checkbox"/> Duplicado		<input type="checkbox"/> Triplicado		<input type="checkbox"/> Cuadruplicado	
¿RESIDE EN EL PAIS?			¿Tiene algún beneficio?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Otorgado en trámite		En caso afirmativo, indicar:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Clase _____		N° de Beneficio _____		Expediente N° _____					
Caja o instituto _____											
¿TRABAJA EN RELACION DE DEPENDENCIA?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
¿Percibe Salario Familiar?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Por quién?		<input type="checkbox"/> Esposa		<input type="checkbox"/> Hijo/a		

(\*) Indicar con X el casillero correspondiente (\*\*) Tachar lo que no corresponda





(\*) Únicamente podrán certificar funcionarios de la Caja Municipal de Jubilaciones y Pensiones de Santa Fe, intendentes y secretarios de Municipalidades y Comunas adheridas, de la Policía, Gendarmería Nacional, Prefectura Nacional Marítima, Juez de Paz, Escribano con Registro y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.

## DATOS DE OTROS FAMILIARES CON DERECHO A PENSION Y/O SUBSIDIO FAMILIAR DERECHO A PENSION

Art. 52) En caso de muerte del jubilado o del afiliado en actividad o que haya cesado con derecho a jubilación, gozarán de pensión:

- La viuda o la conviviente.
- El viudo o el conviviente, ambos incapacitados para el trabajo y a cargo de la causante a la fecha del deceso de ésta.
- Los hijos solteros, las hijas solteras y las hijas viudas siempre que no gozaren de jubilación, pensión o prestación no contributiva, salvo que optaren por la pensión que acuerda la presente, todos ellos hasta los dieciocho (18) años de edad.
- Las nietas y nietos solteros huérfanos de padre y madre y a cargo exclusivo del causante a la fecha de su deceso, hasta los 18 años de edad.
- Los padres incapacitados y a cargo exclusivo del afiliado, siempre que no gozaren de jubilación, pensión o prestación no contributiva, salvo que optaren por la pensión que acuerda la presente.

Para los supuestos de la conviviente o el conviviente se requerirá que él o la causante se hallasen separados de hecho o legalmente o hayan sido solteros, viudos o divorciados y hubieren convivido públicamente en aparente matrimonio durante por lo menos cinco (5) años inmediatamente anteriores al fallecimiento.

El plazo de convivencia se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia reconocida por ambos convivientes.

El o la conviviente excluirá al cónyuge supérstite cuando:

- El cónyuge supérstite hubiere sido declarado culpable de la separación personal o del divorcio (sea por su culpa o culpa de ambos).
- Se encontrare separado de hecho sin voluntad de unirse, al momento de la muerte del o la causante.
- Viviera en concubinato o matrimonio aparente.

La prestación se otorgará al cónyuge supérstite o al o la conviviente por partes iguales cuando:

- El o la causante hubiere dado causa a la separación personal o divorcio vincular.
- En los supuestos previstos en los incisos a) y b) del párrafo anterior, siempre que el o la causante hubiera estado contribuyendo al pago de alimentos o éstos hubieran sido demandado judicialmente. **(Texto modificado por Ordenanza 10.006).**

## DERECHO A SUBSIDIO FAMILIAR

Deberá tenerse en cuenta que el salario familiar se abona únicamente por Esposa/o e Hijos, en las circunstancias que a continuación se menciona, y con la presentación de la documentación que en cada caso se señala.

### ESPOSA

Si estuviera separado (Judicialmente o de Hecho) y pasa alimentos

- Partida de matrimonio.
- Copia de la Sentencia Judicial o Declaración Jurada firmada por la esposa donde conste que percibe asignación por alimentos del esposo.

### HIJOS

Menores hasta 15 años  
Menores hasta 18 años (hasta 21 años si estudian)

- Partida de nacimiento.
- Partida de nacimiento y certificado de concurrencia a establecimientos de enseñanza oficiales o privados reconocidos.
- Partida de nacimiento y certificado médico que avale la incapacidad. Ésta debe ser total y permanente (física o mental).
- Disposición Judicial o de autoridad administrativa competente que la concedió.
- Partida de nacimiento.

### Incapacitados

Menores cuya guarda, tutela o tenencia le haya sido acordada

Hasta 21 años siempre que tenga más de tres (3) hijos y que el tercero genere el subsidio familiar.

## DESIGNACION DE APODERADO

Para tramitar:

De acuerdo con lo establecido por el Art. 1º de la Ley 18.746, sólo podrán designarse las personas que tengan con el solicitante los grados de parentesco que a continuación se mencionan:

### CONYUGE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD

#### Línea descendente

Hijos  
Nietos  
Bisnietos

#### Línea ascendente

Padres  
Abuelos  
Bisabuelos

#### Línea colateral

Hermanos  
Tíos sobrinos  
y sobrinos nietos

### PARIENTES POR AFINIDAD:

Yerno - Nuera - Padrastros - Suegros - Hijastros - Cuñados - Hermanastros

Además:

**PROFESIONALES**  
Abogado - Procurador

Para percibir:

De conformidad con lo previsto por el Art. 4º de la Ley 18.746, se podrá conceder representación a:

- Entidades Públicas Nacionales, Provinciales o Municipales.
- Instituciones Bancarias.
- Mutualidades e Instituciones de Asistencia Social debidamente registradas.
- Directores o Administradores de Hospitales, Sanatorios, Asilos o establecimientos similares de carácter público o privado que cuenten con autorización para funcionar, o de funcionarios de estos establecimientos expresamente facultados por aquellos en los que se encuentren internados los beneficiarios.
- El cónyuge, parientes por consanguinidad y por afinidad, en los mismos grados que los indicados en el apartado anterior.
- Los representantes diplomáticos y consulares acreditados ante el Gobierno de la Nación, de conformidad con lo establecido en las convenciones que se celebren con los respectivos países.
- Cualquier persona hábil, si el solicitante acredita con certificado médico que se encuentra imposibilitado para movilizarse.