

**Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.**

<b>A - DEL SOLICITANTE</b>	
Apellidos: Paterno: ..... Materno: .....	
Nombre/s Completo/s: .....	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
DOCUMENTO Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:..... Número: .....	SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI C.I. Expedida por: .....
<b>B - DEL CÓNYUGE</b>	
Apellidos: Paterno: ..... Materno: .....	
Nombre/s Completo/s: .....	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Nacionalidad: .....	País Residencia: .....
¿Es Cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha de Matrimonio: ___/___/___
DOCUMENTO Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:..... Número: .....	SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI C.I. Expedida por: .....
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b>	
Calle: ..... Nº: .....	
Manzana: ..... Lote: ..... Monoblock: ..... Piso: ..... Dpto: .....	
Localidad: ..... Provincia: ..... Cód. Postal: .....	
País: ..... Teléfono: (.....) - ..... E-mail: .....	
<b>OTROS DATOS</b>	
¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Poseen hijos en común? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Percibe Salario Familiar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene algún otro beneficio prev./soc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, .....	
<b>C - DE LOS HIJOS <input type="checkbox"/>; MENORES <input type="checkbox"/>; PADRES <input type="checkbox"/> o HERMANOS <input type="checkbox"/> A CARGO.</b>	
Apellidos: Paterno: ..... Materno: .....	
Nombre/s Completo/s: .....	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Nacionalidad: .....	País de Residencia: .....
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado	

**Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.**

<b>DOCUMENTO</b> Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros    Letra:..... Número: .....	<b>SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI</b> C.I. Expedida por: .....						
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b> Calle: ..... Nº: ..... Manzana: ..... Lote: ..... Monoblock: ..... Piso: ..... Dpto: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... Cód. Postal: ..... País: ..... Teléfono: (.....) - ..... E-mail: .....							
<b>OTROS DATOS</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%;">¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td>¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td></td> </tr> </table> Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, .....		¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						
¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						
¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí							
Apellidos: Paterno: ..... Materno: .....							
Nombre/s Completo/s: .....							
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino                      Fecha de Nacimiento: ____/____/____							
Nacionalidad: ..... País de Residencia: .....							
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado							
<b>DOCUMENTO</b> Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros    Letra:..... Número: .....	<b>SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI</b> C.I. Expedida por: .....						
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b> Calle: ..... Nº: ..... Manzana: ..... Lote: ..... Monoblock: ..... Piso: ..... Dpto: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... Cód. Postal: ..... País: ..... Teléfono: (.....) - ..... E-mail: .....							
<b>OTROS DATOS</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%;">¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td>¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</td> <td></td> </tr> </table> Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, .....		¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						
¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						
¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí							
Apellidos: Paterno: ..... Materno: .....							
Nombre/s Completo/s: .....							
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino                      Fecha de Nacimiento: ____/____/____							
Nacionalidad: ..... País de Residencia: .....							
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado							

**Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.**

<b>DOCUMENTO</b> Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros    Letra:..... Número: .....		<b>SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI</b> C.I. Expedida por: .....	
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b> Calle: ..... N°: ..... Manzana: ..... Lote: ..... Monoblock: ..... Piso: ..... Dpto: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... Cód. Postal: ..... País: ..... Teléfono: (.....) - ..... E-mail: .....			
<b>OTROS DATOS</b> ¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                      ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                      ¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, .....			
Apellidos: Paterno: ..... Materno: .....			
Nombre/s Completo/s: .....			
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Nacionalidad: ..... País de Residencia: .....			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado			
<b>DOCUMENTO</b> Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros    Letra:..... Número: .....		<b>SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI</b> C.I. Expedida por: .....	
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b> Calle: ..... N°: ..... Manzana: ..... Lote: ..... Monoblock: ..... Piso: ..... Dpto: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... Cód. Postal: ..... País: ..... Teléfono: (.....) - ..... E-mail: .....			
<b>OTROS DATOS</b> ¿Vive? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                      ¿Es discapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Trabaja en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                      ¿Estudia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene algún otro beneficio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si tiene otro beneficio previsional / social otorgado o en trámite, .....			
Apellidos: Paterno: ..... Materno: .....			
Nombre/s Completo/s: .....			
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Nacionalidad: ..... País de Residencia: .....			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado de hecho <input type="checkbox"/> Separado legalmente o Divorciado			

