



*Todos los datos consignados en el presente formulario revisten el carácter de **Declaración Jurada**.*

Declaración Jurada Cónyuge Supérstite con Diferencia Domiciliaria

Estimado Ciudadano:

Atento a que **no existe coincidencia de domicilio** entre su Documento de Identidad y la Partida de Defunción del causante, es necesario que responda las siguientes preguntas en carácter de **DECLARACION JURADA**, a fin de gestionar el beneficio de Pensión por Cónyuge:

Datos del Solicitante:

Nombre:			Tipo y Nro. de Documento:	
Domicilio Real:	Calle:			
	Número:		Piso, Depto.:	

Datos del Causante

Nombre	
--------	--

Cuestionario:

<p>1- Por favor informe:</p> <p>A-TODOS los domicilios compartidos con su cónyuge B- Los períodos en los cuales habitaron cada una de esas viviendas C- Quién era el titular de las mismas</p>
<p>2- Indique si poseían una o más propiedades</p>



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Caja de Jubilaciones y Pensiones



FR - 34

Rev. 2 – Feb / 2020

*Todos los datos consignados en el presente formulario revisten el carácter de **Declaración Jurada**.*

3- ¿Cuáles son los motivos por los cuales no coincide el domicilio de su Documento con el de la Partida de Defunción?

--

4- ¿Cuáles son las causas por las cuales omitieron regularizar o solucionar las diferencias domiciliarias?

--

5- En caso de obedecer la diferencia domiciliaria a circunstancias laborales o de salud, exprese las mismas. Incorpore todas las pruebas correspondientes, o manifieste expresamente que no las posee.

--

6- ¿Durante el Matrimonio Usted trabajó? ¿Dónde? ¿Actualmente continúa trabajando?

--

7- ¿A nombre de quién estaban los servicios prestados a la vivienda?

--



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Caja de Jubilaciones y Pensiones



FR - 34

Rev. 2 – Feb / 2020

*Todos los datos consignados en el presente formulario revisten el carácter de **Declaración Jurada**.*

--

8- En caso de haber fallecido el causante por una enfermedad preexistente, ¿Cuál fue dicha enfermedad? ¿Lo acompañó Usted, en caso de haber ocurrido, en sus internaciones? ¿Posee pruebas documentales que lo acrediten? (si posee pruebas debe presentarlas, de lo contrario aclare expresamente que no las tiene).

--

9- ¿Desea hacer alguna otra aclaración o agregar otra circunstancia? ¿Posee más pruebas?

--

Tipo y N° de documento

Firma

Aclaración de firma

*Firma y Sello del Funcionario Certificante

(*) Certificación de firma hecha por persona autorizada de conformidad con el Art. 41 y 44 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia, agente de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia o Escribano Público.