



C.P.S.  
LEY 5110

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social  
PROVINCIA DE SANTA FE

# FICHA DE FILIACIÓN

FECHA \_\_\_\_\_  
dd/mm/aa

DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ Nº INICIACIÓN \_\_\_\_\_

SOLICITUD POR ARTÍCULO  Art. 5to  Art. 6to

## DATOS DE LA MADRE O EL REPRESENTANTE

MAIL: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL FIJO: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRES \_\_\_\_\_

SEXO  
 FEMENINO  
 MASCULINO

DNI-LE-LC-CI \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

FECHA NAC \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_ RESIDENCIA EN LA PCIA. desde \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL  
 SOLTERO/A  SEPARADO/A  CONCUBINO/A  
 CASADO/A  DIVORCIADO/A  VIUDO/A

DOMICILIO PARTICULAR  
CALLE \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ ENTRE \_\_\_\_\_

Y \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ DPTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO INTERNACIÓN  PERMANENTE  TRANSITORIO  
INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

## DATOS DE LOS PADRES 5to: de los menores 6to: de la solicitante

APELLIDO Y NOMBRES DEL PADRE \_\_\_\_\_ DOCUMENTO \_\_\_\_\_ VIVE?  SI  NO

APELLIDO Y NOMBRES DE LA MADRE \_\_\_\_\_ DOCUMENTO \_\_\_\_\_ VIVE?  SI  NO

## ASPECTO PERSONAL

ENFERMEDAD \_\_\_\_\_ PADECE DESNUTRICIÓN? \_\_\_\_\_ Cert. Med. Fs. \_\_\_\_\_

GASTOS MENSUALES MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_ OBRA SOCIAL  SI  NO

ES CAPAZ DE VALERSE POR SÍ MISMO?  SI  NO Cuál? \_\_\_\_\_

## INGRESOS Y BIENES

PERCIBE OTRO BENEFICIO?  SI  NO MONTO \$ \_\_\_\_\_

PREVISIONAL  SOCIAL  OTRO \_\_\_\_\_

TRABAJA ACTUALMENTE?  SI  NO OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ INGRESOS \$ \_\_\_\_\_

POSEE BIENES INMUEBLES?  SI  NO

POSEE MOVILIDAD?  SI  NO TIPO \_\_\_\_\_ DOMINIO \_\_\_\_\_ VAL \$ \_\_\_\_\_

## DATOS DE LOS MENORES DE 16 AÑOS A CARGO

	APELLIDO Y NOMBRES	DOCUMENTO	FEC.NAC.	SALUD	ESTUDIA	Cert. Fs.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

FORM. 01-02. Completar con letra imprenta legible o maquina de escribir. Colocar una cruz en las cajitas correspondientes

Datos del Grupo Familiar conviviente del/los solicitantes								
Apellido y Nombres	Vínculo	Documento	Fec.Nac.	Est.Civil	Salud	Ocupación	Presta Ayuda	
1		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
2		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
3		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
4		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
5		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
6		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
7		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
8		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		

Datos de Familiares obligados legalmente no convivientes del/los solicitantes								
Apellido y Nombres	Vínculo	Documento	Fec.Nac.	Est.Civil	Ocupación	Presta Ayuda	Carga Familia	
1 Domicilio:		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:			
2 Domicilio:		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:			
3		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:			
4		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:			
5		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:			
6		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:			
7		Tipo: N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:			

**CONFORMIDAD PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS**

Declaro que presto mi conformidad para que la Caja de Pensiones Sociales ley 5110 envíe las notificaciones que corresponda electrónicamente, aceptando la validez de las mismas.  
Escriba SI o NO

MANIFIESTO QUE LO EXPRESADO PRECEDENTEMENTE LO HICE EN **CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**, SABIENDO PLENAMENTE DE LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDEN ORIGINAR LAS DECLARACIONES FALSAS.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Agente Actuante  
Correo electrónico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma o Impresión Digital del Representante

\_\_\_\_\_  
Firma o Impresión Digital del Solicitante