



C.P.S.
LEY 5110

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

FICHA DE FILIACIÓN PENSIÓN LEY 5110

MODIFICADA POR LEY 14177/22

FECHA _____
dd/mm/aa

DELEGACIÓN _____

Nº INICIACIÓN _____

MOTIVO de SOLICITUD

TERCERA EDAD- mayores de 60 años

ESTUDIANTE ENTRE 18 Y 25 AÑOS

DISCAPACIDAD DISCAPACIDAD DEL 66%- sin límite de edad
 MAYOR DE 55 AÑOS Y 40 % de DISCAPACIDAD

TRAVESTI
 TRANSEXUAL
 TRANSGÉNERO

TRASPLANTADO/A O EN LISTA DE ESPERA

MENORES DE 18 AÑOS

BENEFICIO TRANSITORIO DE UN AÑO

VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

DATOS DE LA/EL SOLICITANTE

APPELLIDO Y NOMBRES _____

ESTADO CIVIL _____

DNI-LE-LC-CI _____

CUIL _____

FECHA NAC _____

LUGAR _____

RESIDENCIA EN LA PCIA. _____

GÉNERO

FEMENINO

MASCULINO

OTRO

desde _____

¿Realizó el cambio registral de GÉNERO?

SI

NO

DOMICILIO PARTICULAR

CALLE _____

Nro _____

PISO _____

DPTO _____

ENTRE _____

Y _____

LOCALIDAD _____

DPTO _____

DOMICILIO LEGAL O DE INTERNACIÓN

PERMANENTE

TRANSITORIO

INSTITUCIÓN _____

DIRECCIÓN _____

Nro _____

LOCALIDAD _____

DATOS DE CONTACTO

Correo Electrónico: _____

CELULAR: (_____) 15 _____
Código de área.

TELÉFONO FIJO: (_____) _____
Código de área.

DATOS DE LA/EL REPRESENTANTE

APPELLIDO Y NOMBRES _____

ESTADO CIVIL _____

DNI-LE-LC-CI _____

CUIL _____

FECHA NAC. _____

LUGAR _____

GÉNERO

FEMENINO

MASCULINO

OTRO

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____

VÍNCULO CON
EL/LA
SOLICITANTE _____

PARA TRÁMITE

PARA COBRO

NECESARIO

INDISTINTO

FORM. 01-01. Completar con letra imprenta LEGIBLE. Colocar una cruz en las cajitas correspondientes. V14

INGRESOS Y BIENES DE LA/EL SOLICITANTE

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 _____

DATOS DE LOS PADRES DE LA/EL SOLICITANTE

DEL PADRE _____ CUIL O DOCUMENTO _____ VIVE? SI NO

APELLIDO Y NOMBRES

DE LA MADRE _____ CUIL O DOCUMENTO _____ SI NO

APELLIDO Y NOMBRES

OBSERVACIONES _____

ASPECTO DE SALUD

ENFERMEDAD _____ OBRA SOCIAL SI NO Cuál? _____

GASTOS MENSUALES _____ CUD SI NO Motivo _____

Geográfico/económicos/no se conformó la junta médica

DATOS DE LOS/LAS MENORES DE 18 AÑOS A INCLUIR EN EL BENEFICIO

	CUIL O DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRES	FECHA.NAC	SALUD	ESTUDIA	Fs Certf
1						
2						
3						
4						
5						
6						

OBSERVACIONES _____

Datos del Grupo Familiar conviviente de la/el solicitante				
Cuil o Documento	Apellido y Nombres	Vínculo	Salud	Ocupación
1			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:
2			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:
3			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:
4			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:
5			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:
6			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:
7			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:
8			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap.	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:

Datos de Familiares obligados legalmente no convivientes de la/el solicitante					
Cuil o Documento	Apellido y Nombres	Vínculo	Ocupación	Presta Ayuda	Carga Familia
1	Domicilio:		<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
2	Domicilio:		<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
3	Domicilio:		<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
4	Domicilio:		<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
5	Domicilio:		<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
6	Domicilio:		<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
7	Domicilio:		<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

EL/LA FIRMANTE MANIFIESTA QUE LO EXPRESADO PRECEDENTEMENTE TIENE **CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**, SABIENDO PLENAMENTE DE LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDEN ORIGINAR LAS DECLARACIONES FALSAS.

Firma y Sello de la/el Agente Actuante

Correo electrónico

Firma o Impresión Digital de la/el Representante

Firma o Impresión Digital de la/el Solicitante