

F-2001 SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

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

Solicitud de: Jubilación <input type="checkbox"/>		Pensión <input type="checkbox"/>		Reconocimiento de servicios <input type="checkbox"/>		Marque con una X según corresponda							
Para:													
Llenar en todos los casos con los datos del afiliado													
1	Apellido/s: completo			Nombre/s:			D.N.I / L.E. / C.U.I.L.:						
	Fecha de Nacimiento:			Sexo:			Nacionalidad:						
Llenar únicamente en caso de pedido de jubilación o reconocimiento de servicios													
Estado civil:					Separado/a de hecho desde:/...../.....								
Soltero/a <input type="checkbox"/>					Casado/a <input type="checkbox"/>		Viudo/a <input type="checkbox"/>			Separado/a desde:/...../.....			
							Legalmente <input type="checkbox"/>			Divorciado/a <input type="checkbox"/>			
Marque con una X según corresponda													
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de beneficio:.....													
En que Caja o Instituto:..... Expte. N°:.....													
2													
Familiares con posible derecho a Pensión -Cónyuges, hijos, padres, hermanos/as-													
Apellido/s y Nombre/s: completos		Parentesco		Documento		Fecha de nac.			Incapacitado		Depende de Ud.		
				Tipo	Número	Día	Mes	Año	Si	No	Si	No	
3													
Llenar únicamente en caso de pedido de pensión													
Apellido/s y nombre/s completo/s de los/as solicitantes			Parentesco		Fecha de nac.			Documento		Estado civil		Otro Beneficio	
					Día	Mes	Año	Tipo	Número			Si	No
Si el afiliado inició un trámite de Jubilación o era beneficiario, indicar Expediente N°:..... Beneficio N°:.....													
Declaro no conocer la existencia de otras personas con derecho a Pensión. En caso contrario indicar en Observaciones quienes serían													

F-2001 SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicitan el beneficio, excepto cuando se gestiona Pensión derivada de Jubilación otorgada o con expediente iniciado.														
Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causal es de períodos de inactividad.														
4	Empresa / Repartición / Empleador y/o Actividad por cuenta propia o causal de Inactividad			Actividad principal		Tarea o cargo			Desde			Hasta		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Observaciones:														
Art. 95 Ley 8.732 - Deuda														
5	Se deja constancia de que la/el firmante autoriza la retención de su recibo de haberes jubilatorio y/o pensionarios de la deuda en que hubiere incurrido como empleado/a activo, conforme el Art. 95 de la Ley 8732.													
Sistema de notificación electrónica														
6	Sistema de Notificación Electrónica (S.N.E.). Presto mi conformidad a recibir todas las notificaciones y comunicaciones al domicilio electrónico constituido dándolas por válidas, con eficacia jurídica y valor probatorio.													
RESOLUCIÓN 2168/2024 CJPER - Fecha de vigencia 22/05/2024														
7	Se deja constancia que El/La pretendiente/a fue anoticiado/a de los alcances de la Resolución 2168/2024 CJPER sobre los efectos liquidatorios.													
8	Completar por la/s personas/s que solicita/n el beneficio					Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar)								
	Calle:..... N°:..... Dpto:..... Localidad:..... Provincia:..... Teléfono:..... Obra social:..... E-mail personal:..... E-mail abogado/a:.....					Derecho o izquierdo								
	Lugar y fecha:..... Firma/s:..... Aclaración de firma/s:.....										Derecho o izquierdo			
Certificación de identidad y firma por autoridad competentes (*)														
9	Certifico que los datos consignados en los recuadros número 1, 2 y 3 son copia fiel de lo/s obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indican, que tuvo a la vista, y que la/s firmas e impresión/es estampada/s en el recuadro número 6 fueron colocada/s en mi presencia.													
 Lugar y fecha	 Sello	 Firma	 Aclaración							



**CAJA DE JUBILACIONES
Y PENSIONES DE ENTRE RÍOS**

F-2001 SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

Vigencia de este formulario: 20 días hábiles. Conforme lo establecido mediante Art. 35° de la Ley 7.060 desde el momento de su proceso y/o modificación

(*) Únicamente podrán certificar funcionarios de las Cajas de Previsión, de las Delegaciones de la Dirección General de Servicios Comunes y de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, de la Policía, Gendarmería Nacional, Prefectura Nacional Marítima, Juez de Paz, Escribano con Registro y Directores de Hospitales y Clínicas, Provinciales, Municipales o Privadas, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su dirección.