

**CAJAJPER**

Caja de Jubilaciones y Pensiones  
Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

**SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE****SOLICITUD DE:**

(Marcar con una X según corresponda)

JUBILACIÓN: .....

PENSIÓN: .....

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS.

Para: .....

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada (Decreto Nro. 6178/54)

1	Llenar en todos los casos con los datos del afiliado.											
	Apellido/s: completo				Nombre/s:				D.N.I / L.E. / C.U.I.L			
	Fecha de Nacimiento:				Sexo:				Nacionalidad:			
2	Llenar únicamente en caso de pedido de jubilación o de reconocimiento de servicios.											
	<b>Estado Civil</b> <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo					Separado de hecho desde: ...../...../..... Separado desde: ...../...../..... <input type="radio"/> Legalmente <input type="radio"/> Divorciado						
	Indicar con una X donde corresponda.											
	Tiene otro beneficio otorgado o en trámite: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				Tipo de Beneficio: .....							
	En que Caja o Instituto: .....						Expte Nro: .....					
	<b>FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN</b> (Cónyuges, hijos, padres, hermanos)											
Apellido/s y Nombre/s: completos		Parentesco	Documento		Nació			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 solicitantes.		Parentesco	Nació			Documento		Estado Civil		¿Otro beneficio?	
				Día	Mes	Año	Tipo	Número			si	no


**CAJAJPER**
**Caja de Jubilaciones y Pensiones**  
 Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

**SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE**

	Declaro no conocer la existencia de otras personas con derecho a Pensión. En caso contrario indicar en OBSERVACIONES quienes serían).								
	Si el afiliado inició un trámite de Jubilación o era beneficiario, indicar Expediente Nro: ..... Beneficio Nro: .....								
<b>4</b>	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 causales de períodos de inactividad.								
	<b>Empresa, Repartición, Empleador, y/o Actividad por cuenta propia o causal de Inactividad.</b>	<b>Actividad Principal</b>	<b>Tarea o Cargo</b>	<b>Desde</b>			<b>Hasta</b>		
				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	OBSERVACIONES:								
<b>5</b>	<b>ART 95 - LEY 8732 - DEUDA</b>								
	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.								
<b>6</b>	<b>SISTEMA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA.</b>								
	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.								
<b>7</b>	Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicita/n el beneficio.						Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar)		
	Domicilio: Calle: ..... Número: ..... Dpto: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... Teléfono: ..... Email: .....						Derecho o Izquierdo		
	Lugar y Fecha: ..... Firma/s: .....						Derecho o Izquierdo		
	Aclaración de firma/s:								
<b>8</b>	Certificación de identidad y firma por autoridad competentes (*).								
	Certifico que los datos consignados en los recuadros número 1 0 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 de firma a cargo								
LA VIGENCIA DE ESTE FORMULARIO SERÁ DE 20 DÍAS HÁBILES CONFORME LO ESTABLECIDO MEDIANTE ART. 35° DE LA LEY 7.060 DESDE EL									



## CAJAJPER

Caja de Jubilaciones y Pensiones  
Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

## SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

	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.