



INSTITUTO MUNICIPAL
DE PREVISIÓN SOCIAL
DE NEUQUEN

Expediente N°:	
Afiliado N°	

SOLICITUD DE:	<input type="checkbox"/> JUBILACIÓN ORDINARIA												
	<input type="checkbox"/> RETIRO POR INVALIDEZ												
	<input type="checkbox"/> PENSIÓN ORDINARIA												
LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO													
1	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Apellido/s Completo/s</td> <td>Nombre/s Completo/s</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td>Nacionalidad Argentina</td> <td colspan="2">Fecha de Ingreso al País: /..... /..... Comprobado con: :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D.N.I. – L.E. – L.C. N° :</td> <td colspan="2">C.U.I.L N° :</td> </tr> </table>	Apellido/s Completo/s		Nombre/s Completo/s	Sexo	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad Argentina	Fecha de Ingreso al País: /..... /..... Comprobado con: :		D.N.I. – L.E. – L.C. N° :		C.U.I.L N° :	
Apellido/s Completo/s		Nombre/s Completo/s	Sexo										
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad Argentina	Fecha de Ingreso al País: /..... /..... Comprobado con: :											
D.N.I. – L.E. – L.C. N° :		C.U.I.L N° :											

2	LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE JUBILACIÓN, RETIRO O RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS						
	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Concubino	Desde/...../.....	Autoridad		
		<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	Desde/...../.....	Autoridad		
		<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado	Desde/...../.....	Juzgado		
	¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Tipo de Beneficio:..... Caja o Instituto:..... Expte N°:.....						
FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSION (Cónyuges, concubinos, hijos, padres, hermanos)							
	Apellido/s y Nombre/s Completos	Parentesco	Fecha Nacim.			¿Es Dis-capacitado? SI - NO	¿Depende de Ud.? SI - NO
			Día	Mes	Año		

3	LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PENSION							
	Apellidos y Nombres Completos de los Solicitantes	Parentesco	Fecha Nacim.			Docum. Identidad	Est. Civil	¿Otro Benef?
						DNI – LE – LC - CI		
Declaro NO conocer la existencia de otras personas con derecho a Pensión (En caso contrario indicar en "Observaciones" quiénes serían)								
Si el Afiliado había iniciado Trámite de Jubilación o era Beneficiario, indicar: Expediente N° Beneficio N°								

4	LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LA/S PERSONA/S QUE SOLICITA/N 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								
	Empresa, Repartición, Empleador y/o Actividad por cuenta propia o Causal de Inactividad	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta		
				D	M	A	D	M	A
De resultar insuficiente este espacio, completar la información en hojas aparte									

5	OBSERVACIONES :

6	Llenar En todos los casos por la/s persona/s que solicita/n el beneficio			I.D.P. (D./I.)
	Domicilio Particular: -----			
	Calle	Nº		
	Localidad	Provincia	Tel.	
	Lugar y Fecha:			
Firma/s:			I.D.P. (D./I.)	
Aclaración				

7	CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)		
	Certifico que los datos consignados en los recuadros Nº 1, 6 y 3 son copia fiel del/los obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indica/n, que tuve a la vista, y que la/s firma/s o impresión/es estampada/s en el recuadro Nº 6 fue/ron colocada/s en mi presencia.		
	-----	-----	-----
	Lugar y Fecha	Sello	Firma
	----- Aclaración de Firma y Cargo		
(*) Únicamente podrán certificar: a) Funcionarios de las Cajas Nacionales, Provinciales o Municipales. b) Funcionarios de la Policía, Gendarmería Nacional, Prefectura Nacional Marítima. c) Juez de Paz o Escribano con Registro. d) Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas en caso de Solicitantes internados en establecimientos bajo su Dirección			

Verificación de Antecedentes	Control de Recepción, Armado y Afiliación	
Se agrega:		
		Conforme

