

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA Y DOMICILIO

Tipo De Beneficio : JUBILACION /RET. INVAL./PENSION

Beneficiario :

Legajo:

Documento Registrado :DNI

Sr. Beneficiario:

La presente certificación es requerida en forma **OBLIGATORIA** y debe ser presentada para su firma ante una autoridad competente en forma PERSONAL por el **TITULAR** del Beneficio, (**NO** pueden presentarse **PARIENTES** de cualquier grado ni el **APODERADO**).

Una vez completa y firmada por la autoridad competente (Policía Provincial o Federal, Gendarmería Nacional, Prefectura Naval, Juzgados de Paz o Directores de Hospitales, Sanatorios y Hogares Geriátricos), deberá ser devuelta al I.M.P.S. en un plazo no mayor de 30 días de recibida. Ya sea en forma personal o enviada por correo certificado con aviso de retorno a Fotheringham 277 (8300) Neuquén. **EN CASO DE NO SER PRESENTADA SE SUSPENDERA EL PAGO DEL BENEFICIO.**

CERTIFICO QUE:

Apellido y Nombre

que acredita su identidad con el documento Tipo y N°, Fecha de

Nacimiento.....de Estado Civil: soltero/a , casado/a , viudo/a ,

divorciado/a , separado/a de hecho , separado/a legal , conviviente ,

Nacionalidad.....-Y QUE TUVE A LA VISTA, VIVE Y DECLARA BAJO JURAMENTO

QUE SE DOMICILIA EN:

.....,

Teléfono fijo:, Celular:..... de la ciudad de

....., Pcia. de,CP

Y en prueba de validez la firma ante mí:

.....
Firma del Beneficiario

.....
Lugar y Fecha

.....
Sello Rep.

.....
Firma y Aclaración del Funcionario Actante

RECIBO DE CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA Y DOMICILIO

Tipo De Beneficio: JUBILACION / RET. INVAL / PENSION

Beneficiario:

Legajo:

Fecha de Recibido: ____/____/____

.....
Firma y Aclaración del Agente I.M.P.S.

.....
Sello