

| Beneficio | | | |
|-----------|---|--------|------|
| Ex-Caja | T | Número | C DV |
| | | | |
| | | | |

| Expediente | | | |
|------------|-----------------------|---------|-----|
| Organismo | Número de CUIL / CUIT | Trámite | Sec |
| | | | |
| | | | |

Titular

Apellido/s y Nombre/s

| | | |
|--------|-----------------|----------|
| Tipo * | Nº de Documento | P. Emis. |
| | | |
| | | |

* Indicar LE - LC - DNI - CI

| | | | | |
|-----------|--------|------|-------|---------------|
| Domicilio | Número | Piso | Dpto. | Código Postal |
| | | | | |
| | | | | |

Representante

Apellido/s y Nombre/s

| | | |
|--------|-----------------|----------|
| Tipo * | Nº de Documento | P. Emis. |
| | | |
| | | |

* Indicar LE - LC - DNI - CI

| | | | | |
|-----------|--------|------|-------|---------------|
| Domicilio | Número | Piso | Dpto. | Código Postal |
| | | | | |
| | | | | |

Concepto de Reclamo

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primer Pago | <input type="checkbox"/> Pago Mensual | <input type="checkbox"/> Revisión de Haber | <input type="checkbox"/> Revisión de Haber |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Subsidio | <input type="checkbox"/> Activación | |

Período de Reclamo

Banco

Código Agente Pagador

Motivo de Suspensión o Baja

Mes de Suspensión o Baja

Declaración Jurada

Que percibió haberes hasta: _____ que la causa de la no percepción fue motivada por _____

Percibe otro Beneficio: Si No Beneficio N°: _____

Que para acreditar lo declarado, acompaño la siguiente documentación: _____

Artículo 293 del Código Penal: Será reprimido con reclusión o prisión de uno (1) a seis (6) años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público, declaraciones falsas concernientes al hecho que el documento debe probar, de modo que pueda resultar perjuicio.

Fecha ____/____/____