

Frente

Uso Exclusivo ANSES

Cód. UDAI / Dependencia

Número de Trámite

N° Trámite Reinicio

Testimonio Médico

Apellido/s y Nombre/s del/la Paciente

Tipo y N° Documento

Prov.Em.

Fecha Nacim.

Informe del Médico Actuante: El mismo debe estar escrito con claridad (a máquina o letra de imprenta). No debe presentar tachaduras ni enmiendas sin ser salvadas por el profesional actuante.

No se dará curso a aquellos formularios en los que la certificación de la firma del médico no cumpla con lo establecido en el ítem: "Autenticación de Firma y Matrícula" del médico actuante.

Diagnóstico: _____

Fecha Inicio de la Enfermedad: ____ / ____ / ____

Exámenes Complementarios: _____

Pronóstico: _____

 ¿El discapacitado necesita tratamiento y/o rehabilitación? Sí No

¿Cuál/es?: _____

Observaciones: _____

Lugar	Fecha	Matrícula Médico Actuante		Firma y Aclaración de Firma/Sello del Médico Actuante
		Número	Expedida por	

Autenticación de Firma y Matrícula del Médico Actuante:

Esta autenticación será válida, exclusivamente, con la firma del/los Director/es de Hospitales Nacionales, Municipales y Provinciales.

Es válida también la autenticación realizada por el Colegio Médico.

Es válida también la autenticación de los Ministerios, Secretarías, y/o Sub-Secretarías de Salud Pública Nacionales o Provinciales.

Certifico que la firma y la matrícula consignadas precedentemente pertenecen al médico actuante.

Lugar y Fecha: _____, ____ / ____ / ____

Sello de la Institución

Firma y Sello del Funcionario Certificante

Informe Médico ANSES

 En base a la información que antecede y a la documentación adjunta, se considera **Procedente / Improcedente** reconocer el derecho a la percepción de la Asignación Familiar por Discapacidad.

Observaciones: _____

Diagnóstico: _____

Código Diagnóstico	Vencimiento Habilitación		Lugar y Fecha
	Mes	Año	

Coordinación Médica

Aclaración de Firma y Matrícula Médico ANSES	Firma
--	-------

Informe del Empleador

Consignar en forma clara y completa los datos solicitados, sin tachaduras ni enmiendas

Razón Social			N° CUIT		
Domicilio - Calle			Número	Piso	Dpto.
Cód. Postal	Localidad	Provincia	Teléfono		
Apellido/s del Titular		Nombre/s del Titular		Tipo y N° de Documento	
N° CUIT		Estado Civil	Domicilio - Calle		Prov. Em.
Cód. Postal	Localidad	Provincia	Teléfono		
Apellido/s del/de la Discapitado/a			Nombre/s del/de la Discapitado/a		
Tipo y N° Documento		CUIL N°	Relación con el Titular		
Ingreso a la Empresa	Acreditación		Formulario		
	Deberá indicar la fecha en que el titular acreditó la discapacidad del hijo o cónyuge ante Empleador/ ANSES		Fecha	Cumplido el informe médico, fecha presentación del Form. ante el Empleador / ANSES	Fecha de Autorización
¿Percibió con anterioridad este beneficio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Listado / Trámite N°	Fecha de Autorización	

En el caso que el titular de esta Asignación Familiar sea un trabajador en relación de dependencia en una empresa del Sistema Fondo Compensador, se deberá adjuntar una Nota con carácter de Declaración Jurada, firmada por el Empleador que avala la presente, donde se informe mes a mes y a partir del 01/01/1996 o de la fecha de ingreso si fuera posterior, hasta la fecha de presentación de este formulario ante ANSES:

* Remuneración mensual (conforme Artículos 6° y 9° de la Ley N° 24.241)

* Tipo y monto de las Asignaciones Familiares abonadas al trabajador **únicamente** por el discapacitado.

* De no haber abonado Asignaciones Familiares por el discapacitado, en algún/os mes/es del período informado, indicar el motivo.

Importante: ANSES se reserva el derecho de realizar los controles pertinentes para certificar la discapacidad declarada.

Presto conformidad a los datos contenidos en esta Declaración Jurada

Fecha	
	Firma y Aclaración de Firma del Titular

El presente formulario reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Fecha	
	Firma y Aclaración de Firma / Sello del Empleador / ANSES

Autenticación de Firma

Autenticación de Firma: La firma del responsable autorizado que obligue a la empresa deberá ser autenticada, en el espacio destinado a tal fin, de la siguiente forma, de acuerdo con el carácter de la misma.

* Unipersonal o Sociedad de Hecho: Escribano Público, Autoridad Policial o Juzgado de Paz.

* Sociedad legalmente constituida: la firma deberá ser autenticada por Escribano Público o autoridad bancaria y debe corresponder a personal que obligue legalmente a la empresa, debiendo dejarse constancia del carácter que inviste.

A completar por ANSES

Asignaciones Familiares - Fondo Compensador

Detalle Asignaciones	Monto Asign.	X	Monto Asign.	X	Monto Asign.	X	Total
Hijo							
Compl. Menor 4 años							
Escolaridad Primaria							
Escolaridad Secundaria							
Ayuda Escolar							

Firma y Aclaración Firma /
Sello del Agente Interviniente

Observaciones: _____

Firma y Sello de Recepción