**DDJJ para la Tramitación de Autorización para el Cobro del beneficio por persona con Discapacidad**

**Lugar de Trabajo: Nº de Afiliado**

|  |
| --- |
| Datos del Afiliado |
| Cuil Nº de Documento: |
| Apellido/s Nombre/s |
| Domicilio |
| Localidad Provincia Código Postal |
| Teléfono de contacto Correo Electrónico Estado Civil |

|  |
| --- |
| Datos de la persona discapacitada |
| Cuil Nº de Documento: |
| Apellido/s Nombre/s |
| Domicilio |
| Localidad Provincia Código Postal |
| Teléfono de contacto Correo Electrónico Estado Civil |

|  |
| --- |
| Situación Laboral /Previsional del Afiliado |
| Activo:  |
| Jubilado y/o Pensionado:  |

|  |
| --- |
| Datos del Representante |
| Cuil Nº de Documento: |
| Teléfono de contacto Correo Electrónico  |

 Firma del Afiliado y/o representante legal

****

**DDJJ para la Tramitación de Autorización para el Cobro del beneficio por persona con Discapacidad**

**CONSTANCIA DE RECEPCION**

|  |
| --- |
| Lugar de Trabajo Nº de Afiliado: |
| Nº Documento Afiliado Apellido/s y Nombre/s |
| Nº Documento persona Discapacitada Apellido/s y Nombre/s |
| TRAMITE: Aceptado :  Rechazado:  Motivo: No presenta documentación acreditante del Estado  |

**OBSERVACIONES:**

|  |
| --- |
| **Instrucciones para el llenado del Formulario**Deberán completarse todos los datos del afiliado, persona con discapacidad y representante legal con letra clara y en imprenta, sin tachaduras ni enmiendas. A los fines del otorgamiento del beneficio será necesario presentar: Original y fotocopia del Certificado Único de Discapacidad (CUD), expedido por los organismos habilitados a tal efecto, en el marco de las previsiones de la ley 22.431 o en su reemplazo, el certificado de discapacidad vigente conforme a la Ley Provincial correspondiente, **el que se considerará válido hasta la fecha de vencimiento**. Para el caso de no contar con certificado de discapacidad, se deberá acompañar certificado médico y copia de historia clínica. En los casos donde no coincidan los domicilios declarados en el Formulario, el titular deberá presentar original y fotocopia de la documentación que acredite que tiene a su cargo a la persona con discapacidad, acompañando al menos una constancia de las que se detallan en el reglamento de servicios sociales y otra documentación que permita comprobar que el titular contribuye a hacer frente a la enfermedad de la persona con discapacidad. **EL PAGO DEL SUBSIDIO MENSUAL POR PROTECCIÓN POR DISCAPACIDAD QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS VIGENTES** |
| **EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA DEBIENDO SER COMPLETADO SIN OMITIR O FALSEAR NINGÚN DATO DE CONFORMIDAD A LOS TÉRMINOS DE LA LEY PENAL VIGENTE.** |

 Firma del Afiliado Titular

Firma y Aclaración del representante Sindical Fecha recepción y sello: