

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	Fiso	Dpto.	Código Postal

Representante

Apellido/s y Nombre/s

Tipo *	Nº de Documento	P. Emis.

* Indicar LE - LC - DNI - CI

Domicilio	Número	Fiso	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: S 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 a in hecho que el documento debe probar, de modo que pueda resultar perjuicio.

Fecha ____ / ____ / ____