



C.P.S.  
LEY 5110

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social  
PROVINCIA DE SANTA FE

# FICHA DE FILIACIÓN

FECHA \_\_\_\_\_  
dd/mm/aa

DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ N° INICIACION \_\_\_\_\_

SOLICITUD POR ARTÍCULO  Art. 3ro  Art. 4to

FORM. 01-01. Completar con letra imprenta legible o maquina de escribir. Colocar una cruz en las cajitas correspondientes

## DATOS DEL SOLICITANTE

T.E. de Contacto \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRES \_\_\_\_\_

SEXO  
 FEMENINO  
 MASCULINO

DNI-LE-LC-CI \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

FECHA NAC. \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_ RESIDENCIA EN LA PCIA. desde \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL  
 SOLTERO/A  SEPARADO/A  CONCUBINO/A  
 CASADO/A  DIVORCIADO/A  VIUDO/A

DOMICILIO PARTICULAR  
CALLE \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ DPTO \_\_\_\_\_ ENTRE \_\_\_\_\_

Y \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ DPTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO INTERNACIÓN  PERMANENTE  TRANSITORIO  
INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

## DATOS DE LOS PADRES

APELLIDO Y NOMBRES DEL PADRE \_\_\_\_\_ DOCUMENTO \_\_\_\_\_ VIVE?  SI  NO  
APELLIDO Y NOMBRES DE LA MADRE \_\_\_\_\_ DOCUMENTO \_\_\_\_\_ VIVE?  SI  NO

## ASPECTO PERSONAL

ENFERMEDAD \_\_\_\_\_ PADECE DESNUTRICIÓN? \_\_\_\_\_ Cert. Med. Fs. \_\_\_\_\_  
GASTOS MENSUALES MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_ OBRA SOCIAL  SI  NO  
ES CAPAZ DE VALERSE POR SÍ MISMO?  SI  NO Cuál? \_\_\_\_\_

## INGRESOS Y BIENES

PERCIBE OTRO BENEFICIO?  SI  NO MONTO \$ \_\_\_\_\_  
 PREVISIONAL  SOCIAL  OTRO \_\_\_\_\_  
TRABAJA ACTUALMENTE?  SI  NO OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ INGRESOS \$ \_\_\_\_\_  
POSEE BIENES INMUEBLES?  SI  NO  
POSEE MOVILIDAD?  SI  NO TIPO \_\_\_\_\_ DOMINIO \_\_\_\_\_ VAL \$ \_\_\_\_\_

## DATOS DEL REPRESENTANTE

APELLIDO Y NOMBRES \_\_\_\_\_

SEXO  
 FEMENINO  
 MASCULINO

DNI-LE-LC-CI \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

FECHA NAC. \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL  
 SOLT.  SEPAR.  CONCUB.  
 CASAD  DIVORC.  VIUDO/A

DOMICILIO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

Datos del Grupo Familiar conviviente							
Apellido y Nombres	Vínculo	Documento	Fec.Nac.	Est.Civil	Salud	Ocupación	Presta Ayuda
1		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
2		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
3		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
4		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
5		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
6		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
7		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
8		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
9		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
10		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
11		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	

Datos de Familiares obligados legalmente no convivientes							
	Vínculo	Documento	Fec.Nac.	Est.Civil	Ocupación	Presta Ayuda	Carga Familia
1		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
2		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
3		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
4		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
5		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
6		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		
7		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:		

MANIFIESTO QUE LO EXPRESADO PRECEDENTEMENTE LO HICE EN CARÁCTER DE  
**DECLARACIÓN JURADA**, SABIENDO PLENAMENTE DE LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDEN  
 ORIGINAR LAS DECLARACIONES FALSAS

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello del Agente Actuante

\_\_\_\_\_  
 Firma o Impresión Digital del Solicitante