



Frente

Código Dependencia	UDAI
--------------------	------

**Rubro 1 - Datos del Titular (Madre / Padre)**

CUIL  Tipo y N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Domicilio-Calle

Piso  Depto.  C. Postal  Teléfono

Localidad  Provincia

**Rubro 2 - Datos del otro Progenitor (Padre/Madre)**

CUIL  Tipo y N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Domicilio-Calle

Piso  Depto.  C. Postal  Teléfono

Localidad  Provincia

**Rubro 3 - Datos del Empleador**

CUIT

Razón Social

Fecha Inicio Actividad  Código de Actividad

Domicilio-Calle

Piso  Depto.  C. Postal  Teléfono

Localidad  Provincia

**Rubro 4 - Prenatal**

Trámite N°

Tipo de Novedad  Alta  Baja  Modif.   Aceptada   Rechazada

Cantidad de Cuotas Abonadas por el Empleador  (Consignar Cantidad)

**Rubro 5 - Licencia por Maternidad**

Trámite N°

Tipo de Novedad  Alta  Baja   Aceptada   Rechazada

Opción  45 días Pre Parto y 45 días Post Parto  30 días Pre Parto y 60 días Post Parto

Fecha de Notificación de la Licencia por Maternidad al Empleador

**Rubro 6 - Datos del Certificado Médico y Médico Certificante (Prenatal / Maternidad)** (1) Tachar lo que no corresponda

Fecha del Certificado Médico

Gestación (1): Meses / Semanas

Tipo de Fecha (1): Probable de Parto / Real de Parto

Fecha de Interrupción del Embarazo

Matrícula N°  Nacional  Provincial

CUIL / CUIT del Profesional

Apellido/s y Nombre/s

Lugar y Fecha

Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social **Baja** Fecha  Motivo

Firma y Sello del Médico Certificante

**Rubro 7 - Exclusivo Maternidad Down**

Trámite N°

Tipo de Novedad

Alta Baja Aceptada Rechazada 

Maternidad Abonada por:

Empleador ANSES 

Fecha Fin Licencia Maternidad

**Datos del Hijo**

CUIL

Tipo y N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Partida de Nacimiento Certificado de Defunción 

N° de Acta/ Partida/ Certificado

Tomo

Folio

Certifico que el menor cuyos datos obran en el presente Rubro tiene Diagnóstico de Síndrome de Down

Matrícula N°

Nacional Provincial 

CUIL/ CUIT del Profesional

Apellido/s y Nombre/s

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Médico Certificante

**Baja**

Fecha

Motivo

**Rubro 8 - Datos del Apoderado**

Trámite N°

Tipo de Novedad

Alta Baja Aceptada Rechazada 

CUIL

Tipo y N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Domicilio-Calle

Piso

Depto.

C. Postal

Teléfono

Localidad

Provincia

**Rubro 8a - Datos del Apoderado Extraordinario**

Trámite N°

Tipo de Novedad

Alta Baja Aceptada Rechazada 

CUIL

Tipo y N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Domicilio-Calle

Piso

Depto.

C. Postal

Teléfono

Localidad

Provincia

**Rubro 8b - Datos de la Opción**Poder Extraordinario 

Por el Período Devengado

Poder Normal 

Desde el Período Devengado

**Rubro 8c - Poder**

(1) Tachar lo que no corresponda en caso de ser necesario

Por la presente el Titular (cuyos datos constan en el Rubro 1) otorga al Apoderado / Apoderado Extraordinario (1) (cuyos datos constan en el Rubro 8 y/o Rubro 8a) Poder Normal / Poder Extraordinario (1) para percibir las Asignaciones Familiares que ANSES le liquide.

Firma del Titular o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Firma del Apoderado o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Firma del Apoderado Extraordinario o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

**Rubro 8d - Revocación de Poder**

**Por la presente se revoca el Poder para percibir las Asignaciones Familiares que ANSES liquida.**

Firma del Titular o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Firma del Apoderado o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

**Rubro 8e - Certificación de Firmas**

(1) Tachar lo que no corresponda en caso de ser necesario

**En mi carácter de \_\_\_\_\_  
certifico que las firmas del Titular / Apoderado / Apoderado Extraordinario (1) (cuyos datos constan en el Rubro 1,  
Rubro 8 y/o Rubro 8a), han sido puestas en mi presencia.**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Autoridad Certificante

Aclaración de Firma

**Rubro 9 - Representante**

Apellido/s y Nombre/s \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento

**Rubro 10 - Firmas**

Firma del Titular o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Firma de la Madre/Padre o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Firma del Empleador

Aclaración de Firma

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES

Form.  
PS2.55

**DDJJNovedades Unificadas  
Sistema Único de Asignaciones Familiares**

Constancia de Recepción

Uso Exclusivo ANSES

CUIL Titular                      Tipo y N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s \_\_\_\_\_

Trámite Presentado

Prenatal  
Trámite N°

Maternidad  
Trámite N°

Maternidad Down  
Trámite N°

Apoderado  
Trámite N°

Apoderado Extraordinario  
Trámite N°

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

Sello de Recepción de ANSES

---

A través del presente Formulario podrá solicitarse la Asignación Familiar por Prenatal, Maternidad y/o Maternidad Down, como así también designar un Apoderado y/o Apoderado Extraordinario.

Puede ser presentado ante ANSES por el Titular, por el Empleador o por una tercera persona a la que se denomina "Representante".

**ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA DE IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**

**EL PAGO DE LA/S ASIGNACION/ES FAMILIAR/ES SOLICITADA/S QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO QUE ANSES REALIZA.**

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA DE IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**

**EL PAGO DE LA/S ASIGNACION/ES FAMILIAR/ES SOLICITADA/S QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO QUE ANSES REALIZA.**

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Instrucciones**

### **Asignación Familiar por Prenatal**

#### **Documentación de Respaldo**

- Original y fotocopia del Certificado Médico, en caso que el Médico Certificante no hubiera cumplimentado el **Rubro 6 - "Datos del Certificado Médico y Médico Certificante (Prenatal / Maternidad)"** del presente Formulario.
- En caso de interrupción de embarazo: Original y fotocopia del Certificado Médico en donde conste la fecha de interrupción del embarazo en caso que el Médico Certificante no hubiera cumplimentado el **Rubro 6 - "Datos del Certificado Médico y Médico Certificante (Prenatal / Maternidad)"** del presente Formulario.
- En caso de nacimiento pretérmino con vida: Original y fotocopia del Certificado de Nacimiento.
- En caso de nacimiento pretérmino sin vida: Original y fotocopia del Certificado de Defunción.

#### **Documentación Complementaria**

- Original y fotocopia del Documento Nacional de Identidad de la madre.
- Original y fotocopia del Documento Nacional de Identidad del padre, en caso de estar declarado en el presente Formulario.
- Original y fotocopia del Certificado de Matrimonio, en caso que los progenitores se encuentren casados legalmente y la Asignación Familiar sea solicitada por el padre.
- Original y fotocopia de Información Sumaria que acredite el estado de concubinato, en caso que los progenitores no se encuentren casados legalmente y la Asignación Familiar sea solicitada por el padre.

**El progenitor que perciba esta Asignación Familiar debe presentar, dentro de los 120 días de ocurrido el alumbramiento, el certificado que lo acredite como tal (de nacimiento, de defunción o de interrupción del embarazo). Caso contrario ANSES arbitrará los medios para recuperar y/o descontar los importes que se hubieran liquidado.**

**Idéntico tratamiento se aplicará cuando el concubino que haya percibido la Asignación Familiar no reconozca al recién nacido.**

**En caso de existir algún motivo para dejar de percibir esta Asignación Familiar, se debe denunciar ante ANSES.**

### **Asignación Familiar por Maternidad**

#### **Documentación de Respaldo**

- Original y fotocopia del Certificado Médico, en caso que el Médico Certificante no hubiera cumplimentado el **Rubro 6 - "Datos del Certificado Médico y Médico Certificante (Prenatal / Maternidad)"** del presente Formulario.
- En caso de producirse el cese de la relación laboral durante la Licencia por Maternidad: Original y fotocopia del Telegrama de Renuncia o Despido o Constancia del Cese de la relación laboral.

#### **Documentación Complementaria**

- Original y fotocopia del Documento Nacional de Identidad de la madre.

**Cuando se produzca el nacimiento (con o sin vida) antes de iniciada la Licencia por Maternidad solicitada ante el Empleador, no se debe completar el Rubro 5 - "Licencia por Maternidad".**

**Los datos consignados en el Rubro 6 - "Datos del Certificado Médico y Médico Certificante (Prenatal / Maternidad)" deben ser idénticos a los que figuran en el Certificado Médico con que la trabajadora solicitó la Licencia por Maternidad ante su Empleador.**

**La trabajadora que perciba esta Asignación Familiar debe presentar dentro de los 120 días de ocurrido el alumbramiento el certificado que lo acredite (de nacimiento, de defunción o de interrupción del embarazo).**

**En caso de existir algún motivo para dejar de percibir esta Asignación Familiar, se debe denunciar ante ANSES.**

### **Asignación Familiar por Maternidad Down**

#### **Documentación de Respaldo**

- Original y fotocopia del Certificado Médico donde conste el Diagnóstico de Síndrome de Down del recién nacido, en caso que el médico certificante no hubiera cumplimentado el **Rubro 7 - "Exclusivo Maternidad Down"** del presente Formulario.
- En caso de producirse el cese de la relación laboral durante la Licencia por Maternidad Down: Original y fotocopia del Telegrama de Renuncia o Despido o Constancia del Cese de la relación laboral.

#### **Documentación Complementaria**

- Original y fotocopia del Documento Nacional de Identidad de la madre.
- Original y fotocopia del Documento Nacional de Identidad del recién nacido.
- Original y fotocopia del Certificado de Nacimiento del recién nacido.

**Este Formulario, solicitando el pago de la Asignación Familiar por Maternidad Down, puede ser presentado ante ANSES hasta un día antes de la finalización de la Licencia por Maternidad. Caso contrario, la trabajadora solo será acreedora de la Asignación Familiar por los días que le resten gozar desde la fecha de presentación de la Declaración Jurada hasta completar el período legal.**

**En caso de existir algún motivo para dejar de percibir esta Asignación Familiar, se debe denunciar ante ANSES.**

### **Apoderado / Apoderado Extraordinario**

Se denomina Apoderado a la persona que un beneficiario del Sistema Único de Asignaciones Familiares autoriza, a través del presente Formulario, a percibir las Asignaciones Familiares.

El Titular puede designar a un solo Apoderado a partir de un período devengado o por un período liquidado / en curso de pago.

El Apoderado debe ser mayor de 21 años o menor emancipado civil, pudiendo existir o no parentesco entre las partes.

La figura del Apoderado tiene vigencia hasta tanto el Titular o Apoderado solicite la revocación mediante el presente Formulario.

En el caso que la revocación sea solicitada por el Titular, se debe cumplimentar solo el **Rubro 1 - "Datos del Titular (Madre / Padre)"**.

En el caso que la revocación sea solicitada por el Apoderado, se debe cumplimentar el **Rubro 1 - "Datos del Titular (Madre / Padre)"** y el **Rubro 8 - "Datos del Apoderado"**.

Las firmas del Titular y del Apoderado / Apoderado Extraordinario pueden ser certificadas por funcionario de ANSES, Escribano Público, Autoridad Policial o Juez de Paz.

En la solicitud de revocación no es necesaria la certificación de firma de las partes.

Cuando el Titular o Apoderado / Apoderado Extraordinario presenta una "Homologación Judicial de Acuerdo de Apoderado" o un "Acuerdo sobre Apoderado", se debe cumplimentar el presente Formulario y el mismo puede estar firmado por las partes, o por el Titular o por el Apoderado / Apoderado Extraordinario.

#### **Documentación Complementaria**

- Original y fotocopia del Documento Nacional de Identidad del Titular y del Apoderado / Apoderado Extraordinario.