



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 _____

ESTADO CIVIL
 SOLT. SEPAR. CONCUB.
 CASAD DIVORC. VIUDO/A

FECHA NAC. _____ LUGAR _____

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"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
2		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
3		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
4		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
5		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
6		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
7		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
8		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
9		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
10		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <input type="checkbox"/> Discap	<input type="checkbox"/> Estable Ingresos \$:	
11		Tipo N°			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Enferm <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