



C.P.S.
LEY 5110

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
PROVINCIA DE SANTA FE

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
TRÁMITE GRATUITO

DELEGACIÓN _____

Nº INICIACIÓN _____

EXPEDIENTE: 01302- _____

PENSIÓN _____

ARTÍCULO _____

FORM. 04-01. Completar con letra imprenta legible o máquina de escribir. Colocar una cruz en las cajitas correspondientes

Apellido y Nombres: _____ **Documento** DNI-LE-LC-CI _____

Domicilio: _____ **Localidad:** _____

ASPECTO DE LA VIVIENDA

1. Relación Jurídica respecto a la vivienda (documentación a fs. _____)

- | | | |
|--|--|--|
| A | B | C |
| <input type="checkbox"/> Intruso o en terreno fiscal | <input type="checkbox"/> Inquilino | <input type="checkbox"/> Propietario |
| <input type="checkbox"/> Vivienda prestada | <input type="checkbox"/> Internado en Hospital u Hogar de Ancianos | <input type="checkbox"/> Bien ganancial |
| <input type="checkbox"/> En juicio / desalojo | <input type="checkbox"/> Adjudicatario | <input type="checkbox"/> Usufructuario |
| <input type="checkbox"/> Agregado | <input type="checkbox"/> Empleada cama adentro | <input type="checkbox"/> Heredero |
| <input type="checkbox"/> Itinerante | <input type="checkbox"/> En habitación prestada | <input type="checkbox"/> De familiar conviviente |

Observaciones _____

2. Clase de Vivienda - Zona Rural Semi-rural Pueblo Urbana En barrio periférico

- | | | |
|---|---|---|
| A | B | C |
| <input type="checkbox"/> Rancho | <input type="checkbox"/> Mampostería de aspecto humilde | <input type="checkbox"/> Casa mampostería |
| <input type="checkbox"/> Tapera o carpa o vagón | <input type="checkbox"/> De plan Fonavi o similar | <input type="checkbox"/> Departamento |
| <input type="checkbox"/> Casilla | <input type="checkbox"/> Hospital u Hogar de Ancianos | <input type="checkbox"/> Casaquinta |

Observaciones _____

3. Baño

- | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| A | B | C |
| <input type="checkbox"/> Letrina | <input type="checkbox"/> Semi-instalado | <input type="checkbox"/> Instalado |
| <input type="checkbox"/> Sin baño | <input type="checkbox"/> Compartido / De Hospital o de Hogar | <input type="checkbox"/> Propio |

Observaciones _____

4. Mobiliario

- | | | |
|---|---|--|
| A | B | C |
| <input type="checkbox"/> Insuficiente y deteriorado s/electrodom. | <input type="checkbox"/> Insuficiente y/o deteriorado con electrodom | <input type="checkbox"/> Suficiente, en buen estado con electrodomésticos. |
| <input type="checkbox"/> Insuficiente o deteriorado s/electrodom. | <input type="checkbox"/> Mobiliario ajeno (de Hospital, de Hogar, casa ajena) | <input type="checkbox"/> Propios |

Observaciones _____

5. Condiciones de vida con respecto a convivientes

- | | | |
|---|---|--|
| A | B | C |
| <input type="checkbox"/> Vive Solo | <input type="checkbox"/> Agregado o empleada cama adentro | <input type="checkbox"/> Vive con su grupo familiar s/hacinamiento |
| <input type="checkbox"/> En condiciones de hacinamiento | <input type="checkbox"/> En Hogar de Ancianos u Hospital | <input type="checkbox"/> Vive solo; por voluntad propia |

Observaciones _____

SERVICIOS

- | | | |
|---|--|--|
| A | B | C |
| <input type="checkbox"/> Agua de pozo | <input type="checkbox"/> Bomba | <input type="checkbox"/> Corriente de red o tanque |
| <input type="checkbox"/> Canilla pública o Cisterna | <input type="checkbox"/> Agua de vecinos | <input type="checkbox"/> Bombeador eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Agua de río | <input type="checkbox"/> Agua de Hospital o de Hogar | <input type="checkbox"/> Gas de red |

Observaciones _____

7. Provisión de energía eléctrica, teléfono y TV por cable (documentación a fs. _____)

- | | | |
|--|--|--|
| A | B | C |
| <input type="checkbox"/> Sin energía eléctrica | <input type="checkbox"/> Enganchado | <input type="checkbox"/> Usuario de la EPE |
| | <input type="checkbox"/> Luz provista por vecinos - Hospital/Hogar | <input type="checkbox"/> Teléfono |
| | <input type="checkbox"/> De habitación prestada | <input type="checkbox"/> T.V. por Cable |

Observaciones _____

INGRESOS y EGRESOS

8. Ingresos propios del solicitante - Total mensual: \$ (documentación a fs. ____)

- | | | |
|--|--|--|
| A
<input type="checkbox"/> No trabaja ni tiene beneficio previsional | B
<input type="checkbox"/> Changas o cirujeo con ingresos insuficientes e inestables | C
<input type="checkbox"/> Con ingresos suficientes y/o estables
<input type="checkbox"/> Beneficio previsional o Plan Social |
|--|--|--|

Observaciones _____

9. Ingresos de familiares convivientes - Total mensual: \$ (documentación a fs. ____)

- | | | |
|--|---|--|
| A
<input type="checkbox"/> Sin familiares convivientes
<input type="checkbox"/> Familiares sin ingresos | B
<input type="checkbox"/> Convivientes con ingresos inestables e insuficientes | C
<input type="checkbox"/> Convivientes con ingresos estables
<input type="checkbox"/> Con ingresos suficientes |
|--|---|--|

Observaciones _____

10. Ingresos per cápita por grupo familiar conviviente (documentación a fs. ____)

- | | | |
|---|---|---|
| A
<input type="checkbox"/> Inferior a media pensión | B
<input type="checkbox"/> Igual o superior a media pensión hasta una pensión | C
<input type="checkbox"/> Superior al monto de una pensión |
|---|---|---|

Observaciones _____

11. Ingresos de familiares obligados no convivientes: Total mensual: \$ (documentación a fs. ____)

- | | | |
|--|--|--|
| A
<input type="checkbox"/> Sin familiares obligados no convivientes
<input type="checkbox"/> Sin ingresos | B
<input type="checkbox"/> Con ingresos inestables e insuficientes | C
<input type="checkbox"/> Con ingresos estables
<input type="checkbox"/> Suficientes |
|--|--|--|

Observaciones _____

12. Ayuda de familiares - Total mensual: \$ (documentación a fs. ____)

- | | | |
|--|---|---|
| A
<input type="checkbox"/> Sin ayuda de familiares
<input type="checkbox"/> Sin obra social | B
<input type="checkbox"/> Ayuda familiar inferior al monto de la pensión | C
<input type="checkbox"/> Ayuda familiar igual o superior al monto de la pensión
<input type="checkbox"/> Con obra social |
|--|---|---|

Observaciones _____

13. Ayuda externa - Monto total mensual \$

- | | | |
|---|--|--|
| A
<input type="checkbox"/> Sin ayuda de instituciones | B
<input type="checkbox"/> Ayuda de instituciones, pero insuficiente | C
<input type="checkbox"/> Ayuda suficiente de instituciones |
|---|--|--|

Observaciones _____

14. Gastos de medicamentos - Monto total mensual \$ (documentación a fs. ____)

- | | | |
|---|---|---|
| A
<input type="checkbox"/> Superior a media pensión
<input type="checkbox"/> Sin obra social | B
<input type="checkbox"/> Igual o inferior a media pensión | C
<input type="checkbox"/> Sin gastos de medicamentos |
|---|---|---|

Observaciones _____

15.a. Aspecto educacional-Para art. 5° y 6° (certificados a fs. ____)

- | | | |
|---|--|--|
| A
<input type="checkbox"/> Analfabeto o Primario incompleto | B
<input type="checkbox"/> Primario completo | C
<input type="checkbox"/> Secundario completo |
|---|--|--|

Observaciones _____

15.b Prioridades - Para art. 3° y 4°

- | | | |
|--|---|---|
| A
<input type="checkbox"/> 80 años o más y/o enfermedad terminal | B
<input type="checkbox"/> Invalidez y Ancianidad | C
<input type="checkbox"/> Invalidez o Ancianidad |
|--|---|---|

Observaciones _____

INFORME SOCIOECONÓMICO

El agente actuante deberá redactar un informe breve, claro, conciso y objetivo sobre todo lo que considere ampliar y/o destacar del solicitante y su grupo familiar.

Lugar y Fecha de la visita

INFORME

FORM 04 Completar con letra imprenta legible o máquina de escribir. Colocar una cruz en las celdas correspondientes

Teniendo en cuenta lo actuado se aconseja:

Lugar y fecha : _____

**Firma y Sello del Agente
Actuante**