



CAJAJPER

Caja de Jubilaciones y Pensiones
Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

SOLICITUD DE:

(Marcar con una X según corresponda)

JUBILACIÓN:

PENSIÓN:

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS.

Para:

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada (Decreto Nro. 6178/54)

1	Llenar en todos los casos con los datos del afiliado.																																																																																																										
	Apellido/s: completo			Nombre/s:			D.N.I. / L.E. / C.U.I.L																																																																																																				
	Fecha de Nacimiento:			Sexo:			Nacionalidad:																																																																																																				
2	Llenar únicamente en caso de pedido de jubilación o de reconocimiento de servicios.																																																																																																										
	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo						Separado de hecho desde:/...../..... Separado desde:/...../..... ☐ Legalmente ☐ Divorciado																																																																																																				
	Indicar con una X donde corresponda.																																																																																																										
	Tiene otro beneficio otorgado o en trámite: ☐ SI ☐ NO						Tipo de Beneficio:																																																																																																				
	En que Caja o Instituto:						Expte Nro:																																																																																																				
	FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN (Cónyuges, hijos, padres, hermanos)																																																																																																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apellido/s y Nombre/s: completos</th> <th rowspan="2">Parentesco</th> <th colspan="2">Documento</th> <th colspan="3">Nació</th> <th colspan="2">Incapacitado</th> <th colspan="2">Depende de Ud.</th> </tr> <tr> <th>Tipo</th> <th>Número</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>si</th> <th>no</th> <th>si</th> <th>no</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										Apellido/s y Nombre/s: completos	Parentesco	Documento		Nació			Incapacitado		Depende de Ud.		Tipo	Número	Día	Mes	Año	si	no	si	no																																																																													
	Apellido/s y Nombre/s: completos	Parentesco	Documento		Nació			Incapacitado		Depende de Ud.																																																																																																	
			Tipo	Número	Día	Mes	Año	si	no	si	no																																																																																																
Llenar únicamente en caso de pedido de Pensión.																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apellido/s y Nombre/s completo/s de los solicitantes.</th> <th rowspan="2">Parentesco</th> <th colspan="3">Nació</th> <th colspan="2">Documento</th> <th rowspan="2">Estado Civil</th> <th colspan="2">¿Otro beneficio?</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Tipo</th> <th>Número</th> <th>si</th> <th>no</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										Apellido/s y Nombre/s completo/s de los solicitantes.	Parentesco	Nació			Documento		Estado Civil	¿Otro beneficio?		Día	Mes	Año	Tipo	Número	si	no																																																																																	
Apellido/s y Nombre/s completo/s de los solicitantes.	Parentesco	Nació			Documento		Estado Civil	¿Otro beneficio?																																																																																																			
		Día	Mes	Año	Tipo	Número		si	no																																																																																																		


CAJAJPER
Caja de Jubilaciones y Pensiones

Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

	Declaro no conocer la existencia de otras personas con derecho a Pensión. En caso contrario indicar en OBSERVACIONES quienes serían).										
	Si el afiliado inició un trámite de Jubilación o era beneficiario, indicar Expediente Nro: Beneficio Nro:										
4	Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicitan el beneficio, excepto cuando se gestiona Pensión derivada de Jubilación otorgada o con expediente iniciado.										
	Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causales de períodos de inactividad.										
	Empresa, Repartición, Empleador, y/o Actividad por cuenta propia o causal de Inactividad.	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta				
				Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
5	OBSERVACIONES: de no haber iniciado el reconocimiento de los servicios Indicados Precedentemente deberá hacerlo a la brevedad a los efectos de la computación total de los servicios.										
6	Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicita/n el beneficio.						Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar)				
	Domicilio:						Derecho o Izquierdo				
	Calle: Número: Dpto:										
	Localidad: Provincia:										
	Teléfono: Email:										
	Lugar y Fecha:										
Firma/s:						Derecho o Izquierdo					
Aclaración de firma/s:											
7	Certificación de identidad y firma por autoridad competentes (*).										
	Certifico que los datos consignados en los recuadros número 1 0 3 son copia fiel de lo/s obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indican, que tuvo a la vista, y que la/s firmas e impresión/es estampada/s en el recuadro número 6 fueron colocada/s en mi presencia.										
											
	Lugar y Fecha			Sello			Firma				
									Aclaración de firma a cargo		
(*) Únicamente podrán certificar funcionarios de las Cajas de Previsión, de las Delegaciones de la Dirección General de Servicios Comunes y de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, de la Policía, Gendarmería Nacional, Prefectura Nacional Marítima, Juez de Paz, Escribano con Registro y Directores de Hospitales y Clínicas, Provinciales, Municipales o Privadas, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su dirección.											