



Caja de Seguridad Social

**SOLICITUD DE
BENEFICIOS**Revisión 6 – Agosto 2022
Página 1 de 2**CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES
EN CIENCIAS ECONOMICAS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE - Cámara Primera -
Ley Provincial No 11.085****Todos los datos consignados en este formulario revisten el carácter de Declaración Jurada**

Fecha	Expediente	Matrícula

SOLICITUD DE: (Marcar con una "x" el casillero corresp.)		
<input type="checkbox"/>	01	PRESTACION ORDINARIA
<input type="checkbox"/>	02	PRESTACION POR EDAD AVANZADA
<input type="checkbox"/>	03	PRESTACION POR INVALIDEZ
<input type="checkbox"/>	04	PRESTACION POR INCAPACIDAD TOTAL TRANSITORIA
<input type="checkbox"/>	06	PRESTACION ORDINARIA POR DISCAPACIDAD
<input type="checkbox"/>	07	PRESTACION ORDINARIA DEL PERIODO INICIAL
<input type="checkbox"/>	21	RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

SOLICITUD DE: (Marcar con una "x" el casillero corresp.)		
<input type="checkbox"/>	11	PENSION ORDINARIA
<input type="checkbox"/>	12	PENSION POR EDAD AVANZADA
<input type="checkbox"/>	13	PENSION POR INVALIDEZ
<input type="checkbox"/>	16	PENSION ORDINARIA POR DISCAPACIDAD
<input type="checkbox"/>	17	PENSION ORDINARIA DEL PERIODO INICIAL
<input type="checkbox"/>	22	SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO
<input type="checkbox"/>	23	HABERES NO PERCIBIDOS

Respecto de mi situación matricular (marcar con una X)

Cancelaré la matrícula (debiendo realizar el trámite correspondiente en el sector de Matriculación del Consejo Profesional de Ciencias Económicas). La Caja cuenta con las atribuciones previstas en el art. 85, Ley N° 11.085 para el control del efectivo cese en el ejercicio profesional de modo concurrente a las propias del Consejo Profesional.

No cancelaré la matrícula (debiendo continuar abonando todos los conceptos: Derecho de Ejercicio Profesional, Contribución Mantenimiento Matricular, Obra Social y Aportes Jubilatorios hasta la cancelación de la matrícula)

DATOS DEL AFILIADO (llenar en todos los casos)						
APELLIDO/S Y NOMBRE/S COMPLETO/S						
Documento			Fecha de Nacimiento			Sexo
Tipo	Número	Expedido por	DD	MM	AA	
Nacionalidad			Lugar de Nacimiento			
			Provincia		Localidad	
ESTADO CIVIL	Soltero	Separado de hecho: desde/...../..... Autoridad ante quien se formuló la denuncia:				
	Casado	Separado legalmente o divorciado: desde/...../..... Acción Judicial iniciado ante Juzgado Secretaria:				
	Viudo					
Tiene otro beneficio previsional		Clase del beneficio:				
		Caja otorgante				
SI	NO	Expediente N°				



Caja de Seguridad Social

**SOLICITUD DE
BENEFICIOS**Revisión 6 – Agosto 2022
Página 2 de 2**DATOS FAMILIARES (llenar en todos los casos)**

Apellido/s y Nombre/s	Parentesc o	Fecha Nac.			Documento		Est. Civil	Escolar			Incap. Si/No	Depende del Titular Si/No
		D	M	A	Tipo	Número		P	S	U		

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE PENSIÓN

	DD	MM	AA
Fecha de Fallecimiento del Afiliado			
Inició expediente con anterioridad en esta Caja	SI	NO	Expediente N°
Declaro no conocer otras personas con derecho a pensión (en caso contrario indicar en Observaciones quienes serían)			
Si el afiliado inició trámite de Jubilación o era beneficiario indicar:			
Expediente N°:		Beneficio N°:	

LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LA/S PERSONA/S QUE SOLICITA/N EL BENEFICIO

Excepto cuando se gestione Pensión derivada de Jubilación otorgada o con expediente iniciado.

Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado o indicación de causales de periodos de inactividad									
Empresa, Repartición, Empleador y/o Actividad por cuenta propia – Causal de inactividad	Act.Principal	Tarea a Cargo	Desde			Hasta			
			D	M	A	D	M	A	

De resultar insuficiente este espacio, completar información en hoja aparte

LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LA/S PERSONA/S QUE SOLICITA/N EL BENEFICIO

Excepto cuando se gestione Pensión derivada de Jubilación otorgada o con expediente iniciado.

Calle		Número	Piso	Dpto.
Domicilio Particular	Localidad	Provincia	Cód. Postal	Teléfono
Lugar y Fecha:		Mail:		
Firma/s		Indique sucursal del NBSF para apertura de Caja de Ahorro		
Aclaración:				

CERTIFICACION DE FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE

<input type="checkbox"/> "Certifico que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia".		
Lugar y Fecha:		
Firma	Aclaración	Cargo
"Únicamente podrán certificar las personas autorizadas de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales en Ciencias Económicas de la Provincia de Santa Fe – Cámara I –; Escribano habilitado; autoridad policial o juez de paz".		