

EMPLEADO SOLICITANTE

Legajo: _____ Apellido y Nombre: _____ CUIL/Cuit Nro _____

Declaro bajo juramento que:

1. Solicito el pago de la Asignación Familiar SI NO
2. Algunas de las asignaciones solicitadas corresponden a hijo incapacitado. - SI NO
3. Adicionalmente a los ingresos en el municipio percibo otros salarios o ejerzo otra actividad SI NO
En caso afirmativo presentar recibo de sueldo y/o constancia de inscripción de Afip.
4. Datos sobre el otro progenitor (padre o madre):

5. Apellido y Nombre del padre/madre	CUIT/CUIL

Importante: brindar la siguiente información de cada uno de los progenitores

a) Trabaja en relación de dependencia SI NO
En caso afirmativo adjunte último **RECIBO DE SUELDO**

En todos los casos presentar la **NEGATIVA DE ANSES**

b) Realiza una actividad en forma independiente SI NO
En caso afirmativo presentar constancia de Inscripción de Afip

6. Cargas de familia por las que se solicita el pago de la Asignación:

Apellido y Nombre del hijo/a	DNI	Fecha de Nacimiento	Discapacitado Si/No	Parentesco

"Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado esta declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad y comprometiéndome a declarar cualquier modificación en los datos declarados".

La presente declaración se efectúa para ser presentada ante las autoridades correspondientes en el trámite de solicitud de la Asignación Familiar.

FIRMA: _____ ACLARACION: _____

DNI: _____ FECHA: _____ / _____ / _____