**Versión 1.1**



Frente

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código Dependencia | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**U so Exclusivo AN SES**

Form. PS.2.55

UDAI

**DDJJ Novedades Unificadas**

**Sistema Único de Asignaciones Familiares**

**Rubro 1 - Datos del Titular (Madre / Padre)**

CUIL Apellido/s Nombre/s

Correo

Electrónico

**Rubro 2 - Datos del Otro Progenitor (Madre / Padre)**

CUIL

Nº de Documento

Teléfono de

Contacto

Nº de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Correo

Electrónico

**Rubro 3 - Datos del Empleador**

CUIT

Razón Social Correo Electrónico

**Rubro 4 - Prenatal**

Teléfono de

Contacto

Teléfono de

Contacto

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Trámite Nº | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| Aceptada | | |  | |  | | Rechazada | | | |  |

Tipo de Novedad

Alta

Cantidad de Cuotas Abonadas por el Empleador (Consignar Cantidad)

**Rubro 5 - Licencia por Maternidad**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Baja |  |  | Modif. | |  |
|  |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Trámite Nº | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| Aceptada | | |  | |  | | Rechazada | | | |  |

Tipo de Novedad

Alta

Baja

Opción 45 días Pre Parto y 45 días Post Parto

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 30 días Pre Parto y 60 días Post Parto | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |

Fecha de Notificación de la Licencia por Maternidad al Empleador

**Rubro 6 - Datos del Certificado Médico y Médico Certificante (Prenatal / Maternidad)** (1) Tachar lo que no corresponda

Fecha del Certificado Médico

Gestación (1): Meses / Semanas Tipo de Fecha (1): Probable de Parto / Real de Parto

Fecha de Interrupción del Embarazo

Matrícula Nº Nacional Provincial

CUIL / CUIT del Profesional

Apellido/s y Nombre/s

Lugar y Fecha , / /

**Baja**

Fecha

Firma y Sello del Médico Certificante

Motivo

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Form. PS.2.55 (Dorso)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Trámite Nº | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |  |  |  |
| Aceptada | | | |  | |  | Rechazada | | | |  |

**Rubro 7 - Exclusivo Maternidad Down**

Tipo de Novedad

Alta

Baja

Maternidad Abonada por: Empleador ANSES Fecha Fin Licencia Maternidad

**Datos del Hijo**

CUIL

Nº de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Partida de Nacimiento Certificado de Defunciòn

Nº de Acta / Partida / Certificado Tomo Folio

Certifico que el menor cuyos datos obran en el presente Rubro tiene Diagnóstico de Síndrome de Down

Matrícula Nº Nacional Provincial

CUIL / CUIT del Profesional

Apellido/s y Nombre/s

Lugar y Fecha , / /

Firma y Sello del Médico Certificante

Baja

Fecha

Motivo

**Rubro 8 - Datos del Apoderado**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trámite Nº | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Tipo de Novedad

Alta

Baja

Aceptada Rechazada

CUIL

Nº de Documento

Apellido/s

Nombre/s Correo Electrónico

Teléfono de

Contacto

**Rubro 8a - Datos de la Opción**

Poder Extraordinario

Por el Período Devengado

Poder Normal

Desde el Período Devengado

**Rubro 8b - Poder**

(1) Tachar lo que no corresponda en caso de ser necesario

**Por la presente el Titular (cuyos datos constan en el Rubro 1) otorga al Apoderado /Apoderado Extraordinario (1) (cuyos datos constan en el Rubro 8) Poder Normal / Poder Extraordinario (1) para percibir las Asignaciones Familiares que liquide ANSES.**

Firma del Titular o Impresión Dígito Pulgar Derecho Aclaración de Firma

Firma del Apoderado/Apoderado Extraordinario o Impresión

Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

**Rubro 8c - Revocación de Poder**

Por la presente se revoca el Poder para percibir las Asignaciones Familiares que ANSES liquida.

Firma del Titular o Impresión Dígito Pulgar Derecho Aclaración de Firma

Firma del Apoderado o Impresión Dígito Pulgar Derecho Aclaración de Firma

**Rubro 8d - Certificación de Firmas**

(1) Tachar lo que no corresponda en caso de ser necesario

En mi carácter de

**Certifico que las firmas del Titular / Apoderado / Apoderado Extraordinario (1) (cuyos datos constan en el Rubro 1, Rubro 8), han sido puestas en mi presencia.**

Lugar y Fecha , / \_/

Firma Autoridad Certificante Aclaración de Firma

**Rubro 9 - Representante**

Apellido/s y Nombre/s

Nº de Documento

Correo

Electrónico

Teléfono de

Contacto

**Rubro 10 - Firmas**

Firma del Representante o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Firma del Titular o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Firma de la Madre/Padre o Impresión Dígito Pulgar Derecho Aclaración de Firma

Firma del Empleador Aclaración de Firma

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES

**Constancia de Recepción**



**Uso Exclusivo ANSES**

CUIL Titular

Apellido/s y Nombre/s

Trámite Presentado

Form. PS.2.55

**DDJJ Novedades Unificadas**

**Sistema Único de Asignaciones Familiares**

Nº de Documento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prenatal | | | | | | | |  | Maternidad | | | | | | | |  | Maternidad Down | | | | | | | | Apoderado | | | | | | | | Apoderado Extraordinario | | | | | | | |
| Trámite Nº | | | | | | | |  | Trámite Nº | | | | | | | |  | Trámite Nº | | | | | | | | Trámite Nº | | | | | | | | Trámite Nº | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente Sello de Recepción de ANSES

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

A través del presente Formulario podrá solicitarse la Asignación Familiar por Prenatal , Maternidad y/o

Maternidad Down, como así también designar un Apoderado y/o Apoderado Extraordinario.

Puede ser presentado ante ANSES por el Titular, por el Empleador o por una tercera persona a la que se denomina "Representante".

**ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA DE IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL**

**PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**

**EL PAGO DE LA /S ASIGNACION /ES FAMILIAR /ES SOLICITADA /S QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO QUE ANSES REALIZA.**

**Observaciones:**

**ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA DE IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL**

**PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**

**EL PAGO DE LA /S ASIGNACION /ES FAMILIAR /ES SOLICITADA /S QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO QUE ANSES REALIZA.**

**Observaciones:**

Form. PS.2.55

**DDJJ Novedades Unificadas**

**Sistema Único de Asignaciones Familiares**

**EN CASO DE EXISTIR ALGUN MOTIVO PARA DEJAR DE PERCIBIR LA ASIGNACIÓN FAMILIAR POR PRENATAL, MATERNIDAD Y/O MATERNIDAD DOWN, SE DEBE DENUNCIAR ANTE ANSES.**

Apoderado / Apoderado Extraordinario

Se denomina Apoderado a la persona que un beneficiario del Sistema Único de Asignaciones Familiares autoriza, a través del presente Formulario, a percibir las Asignaciones Familiares.

El Titular puede designar a un solo Apoderado a partir de un período devengado o por un período liquidado / en curso de pago.

El Apoderado debe ser mayor de 18 años o menor emancipado civil, pudiendo existir o no parentesco entre las partes.

La figura del Apoderado tiene vigencia hasta tanto el Titular o Apoderado solicite la revocación mediante el presente Formulario

En el caso que la revocación sea solicitada por el Titular, se debe cumplimentar solo el

Rubro 1 - "Datos del Titular (Madre / Padre)"

En el caso que la revocación sea solicitada por el Apoderado, se debe cumplimentar el

Rubro 1 - "Datos del Titular (Madre / Padre)" y el Rubro 8 - "Datos del Apoderado".

Las firmas del Titular y del Apoderado / Apoderado Extraordinario pueden ser certificadas por funcionario de ANSES, Escribano Público, Autoridad Policial o Juez de Paz

En la solicitud de revocación no es necesaria la certificación de firma de las partes.

Cuando el Titular o Apoderado / Apoderado Extraordinario presenta una "Homologación Judicial de Acuerdo de

Apoderado" o un "Acuerdo sobre Apoderado"

Se debe cumplimentar el presente Formulario y el mismo puede estar firmado por las partes, o por el Titular o por el

Apoderado / Apoderado Extraordinario. Documentación Complementaria

Original y fotocopia del Documento Nacional de Identidad del Titular y del Apoderado / Apoderado Extraordinario.