

ANSES

Form.
PS2.55**DDJJ Novedades Unificadas**
Sistema Único de Asignaciones Familiares

Frente

Código Dependencia

UDAI

Rubro 1 - Datos del/la Trabajador/a

CUIL

N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Correo

Teléfono de

Electrónico

Contacto

¿Posee una relación de cónyuge, conviviente o conviviente previsional con el otro progenitor? SI

NO

Rubro 2 - Datos del Otro Progenitor (Madre / Padre) Exclusivo para Prenatal (I)

CUIL

N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Correo

Teléfono de

Electrónico

Contacto

Rubro 3 - Datos del Empleador

Excepto para trabajadores adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributistas)

CUIT

Razón Social

Correo

Teléfono de

Electrónico

Contacto

Rubro 4 - Prenatal

Trámite N°

Tipo de Novedad

Alta

Baja

Modif.

Aceptada

Rechazada

Cantidad de Cuotas Abonadas por el Empleador (*)

(Consignar Cantidad)

(*)Excepto para trabajadores adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributistas)

Rubro 5 - Licencia por Maternidad

Trámite N°

Tipo de Novedad

Alta

Baja

Aceptada

Rechazada

Opción

45 días Pre Parto y 45 días Post Parto

30 días Pre Parto y 60 días Post Parto

Fecha en la cual la trabajadora declaró el estado de embarazo al empleador y efectuó la opción de licencia

Rubro 6 - Datos del Certificado Médico y Médico Certificante (Prenatal / Maternidad) (I) Tachar lo que no corresponda (2)

Fecha del Certificado Médico

Gestación (I): Meses / Semanas

Tipo de Fecha (I): Probable de Parto / Real de Parto

Fecha de Interrupción del Embarazo

Matrícula N°

Nacional

Provincial

CUIL / CUIT del Profesional

Apellido/s y Nombre/s

Lugar y Fecha

Baja

Fecha

Motivo

Firma y Sello del Médico Certificante

Rubro 7 - Exclusivo Maternidad Down (3)

Trámite N°

Tipo de Novedad

Alta

Baja

Aceptada

Rechazada

Maternidad Abonada por:

Empleador

ANSES

Fecha Fin Licencia Maternidad

Datos del Hijo

CUIL

N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Partida de Nacimiento

Certificado de Defunción

N° de Acta / Partida / Certificado

Tomo

Folio

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

Matrícula N°

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 (4)

Trámite N°

Tipo de Novedad

Alta

Baja

Aceptada

Rechazada

CUIL

N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Correo
ElectrónicoTeléfono de
Contacto**Rubro 8a - Datos de la Opción**

Poder Extraordinario

Por el Período Devengado

Poder Normal

Desde el Período Devengado

Rubro 8b - Poder

(I) 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 (I) (cuyos datos constan en el Rubro 8) Poder Normal / Poder Extraordinario (I) 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

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

En mi carácter de _____

Certifico que las firmas del Titular / Apoderado / Apoderado Extraordinario (I) (cuyos datos constan en el Rubro I, 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 _____

N° de Documento

Correo

Electrónico

Teléfono de

Contacto

Firma del Representante o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Rubro 10 - Firmas Exclusivo para Prenatal / Maternidad / Maternidad Down

(^a)Excepto para trabajadores adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributistas)

Firma del/la Trabajador/a o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Firma del Otro Progenitor o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

(^a)Firma del Empleador

Aclaración de Firma

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Sello de Recepción de ANSES

ANSES

Form
PS2.55

DDJJ Novedades Unificadas
Sistema Único de Asignaciones Familiares

Uso Exclusivo ANSES

CUIL Titular _____

N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s _____

Trámite Presentado

Prenatal Trámite N°	Maternidad Trámite N°	Maternidad Down Trámite N°	Apoderado Trámite N°	Apoderado Extraordinario Trámite N°
_____	_____	_____	_____	_____

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Sello de Recepción de ANSES

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: _____

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.

(1) Prenatal

Si consignó "SI" en la pregunta **"¿Posee una relación de cónyuge, conviviente o conviviente previsional con el otro progenitor?"**, debe cumplimentar el Rubro 2 con los datos del/la cónyuge o conviviente, debiendo acreditar la relación correspondiente en las bases de ANSES, con la documentación que la respalde.

Si consignó "NO", no debe cumplimentar el Rubro 2 - "Datos del Otro Progenitor (Madre / Padre)", y debe consignar en el campo Observaciones que **"no posee relación (matrimonio / convivencia / convivencia previsional) con el otro progenitor"**.

El trabajador que no acredite relación de cónyuge, conviviente o conviviente previsional con la mujer embarazada, no tendrá derecho a percibir la Asignación por Prenatal.

Si el/la trabajador/a está percibiendo asignaciones familiares en una pensión, para percibir la asignación familiar prenatal deberá efectuar, mediante el Formulario PS.2.14 "Reclamo de Asignaciones Familiares para Jubilados y Pensionados", la opción para dejar de percibir a través de la pensión y comenzar a percibir todas las asignaciones familiares que le correspondan a través de SUAF, correspondiendo el pago de la asignación prenatal desde el mes en que haya efectuado dicha opción.

El certificado médico o Rubro 6 para esta prestación posee un vencimiento de 30 (treinta) días desde la fecha de emisión.

Los siguientes campos, no deben completarse si el trabajador está solamente adherido al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributistas):

Rubro 3 – Datos del Empleador

Rubro 4 – Prenatal; Campo Cantidad de Cuotas Abonadas por el Empleador

Rubro 10 - Firmas Exclusivo para Prenatal / Maternidad / Maternidad Down; Campo Firma del empleador

(2) Maternidad

Para la correcta liquidación de esta asignación, ANSES necesita contar con los mismos datos que tuvo el empleador al momento de otorgar la licencia por maternidad a la trabajadora.

Para ello se sugiere presentar una fotocopia certificada por el empleador del certificado médico de embarazo que la trabajadora entregó en la empresa.

El certificado médico o Rubro 6 para esta prestación no posee vencimiento.

(3) Maternidad Down

Para la correcta liquidación de esta asignación, ANSES necesita contar con los mismos datos que tuvo el empleador al momento de otorgar la licencia por maternidad down a la trabajadora.

Para ello se sugiere presentar una fotocopia certificada por el empleador del certificado médico en el que conste el diagnóstico de síndrome de down que la trabajadora entregó en la empresa.

El certificado médico o Rubro 7 para esta prestación no posee vencimiento.

(4) Apoderado / Apoderado Extraordinario

Se denomina Apoderado / Apoderado extraordinario a la persona que un titular 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 el Apoderado solicite la renovación mediante el presente formulario. En la solicitud de la revocación no es necesaria la certificación de firma de partes.

En el caso que la revocación sea solicitada por el Titular, se debe cumplimentar sólo el Rubro 1 - Datos del/la Trabajador/a.

En el caso que la renovación sea solicitada por el Apoderado, se debe cumplimentar el Rubro 1 - Datos del/la Trabajador/a y el Rubro 8 - Datos del Apoderado.

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

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.