



Form.
PS2.55

DDJJ Novedades Unificadas
Sistema Único de Asignaciones Familiares

Frente

Rubro 1 - Datos del/la Trabajador/a

CUIL N° de Documento
 Apellido/s
 Nombre/s
 Correo Electrónico Teléfono de 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 (1)

CUIL N° de Documento
 Apellido/s
 Nombre/s
 Correo Electrónico Teléfono de Contacto

Rubro 3 - Datos del Empleador

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

CUIT
 Razón Social
 Correo Electrónico Teléfono de 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) (1) Tachar lo que no corresponda (2)

Fecha del Certificado Médico
 Gestación (1): Meses / Semanas Tipo de Fecha (1): 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

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

(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

(*)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

(*)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°
------------------------	--------------------------	-------------------------------	-------------------------	--

Constancia de Recepción

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.

Frente I

Este Formulario reviste carácter de Declaración Jurada y se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas

RUBRO I - DATOS DEL TRABAJADOR (a completar por todos los trabajadores con o sin cargas de familia)

Apellido/s y Nombre/s Completo/s			Fecha de Nacimiento		Nacionalidad
CUIL		Tipo y N° Doc		Sexo	Estado Civil
Domicilio - Calle - Número					
Piso	Depto.	Código Postal	Localidad		Provincia
Teléfono			Dirección de Correo Electrónico		

RUBRO I I - DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social			CUIT		
Domicilio - Calle - Número					
Piso	Depto.	Código Postal	Localidad		Provincia
Teléfono			Dirección de Correo Electrónico		

Dejo constancia, por medio de la presente, que en el día de la fecha, me he notificado de las normas básicas y principales derechos que me asisten con relación al Régimen de Asignaciones Familiares y que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, recibiendo copia, en este acto, de la Ley N° 24.714, sus normas reglamentarias y de la Resolución ANSES N° 292/08 y sus modificatorias.

Asimismo, me notifico que los trámites para solicitar la liquidación y pago de las Asignaciones Familiares que me correspondan deberé realizarlos personalmente o a través de un "Representante" designado por mí para tal fin, previa solicitud de turno a través de la página web de ANSES www.anses.gov.ar o a través del número gratuito 130, dentro de los plazos que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, en cualquiera de las Unidades de Atención de ANSES, presentando -cuando corresponda-, debidamente confeccionados, los Formularios respectivos y la documentación que en cada caso se detalla, además de la que adicionalmente me pudiera ser requerida. Tomo conocimiento, además, que cualquier reclamo deberé formularlo personalmente o a través de un "Representante" designado por mí para tal fin, ante ANSES dentro de los plazos de caducidad establecidos por la normativa vigente, presentando el Formulario PS.2.72 "Reclamos Generales para los Sistemas SUAF y UVHI", debidamente cumplimentado.

Dejo constancia también, que asumo el compromiso de concurrir ante ANSES cuando se produzca toda novedad y/o modificación con relación a mis cargas y relaciones de familia, acompañando original y fotocopia de la documentación que las acredite o bien notificar a mi empleador toda novedad/modificación, con la documentación pertinente, a efectos de que éste las informe a ANSES a través del Programa de Simplificación Registral.

Me comprometo a informar/modificar ante ANSES el medio de pago a través del cual deseo percibir las Asignaciones Familiares.

Finalmente me notifico que todos los datos que aporte a ANSES personalmente, a través de un "Representante" o de mi Empleador, para la percepción de las Asignaciones Familiares, tendrán carácter de Declaración Jurada, reconociendo el derecho de ANSES a reclamarme su restitución o compensar automáticamente los importes con otras asignaciones en caso de percepción indebida de mi parte, sin necesidad de notificación previa por parte del citado Organismo.

....., de de

Lugar y Fecha

**Firma/Aclaración de Firma
del Trabajador**

**Firma/Aclaración de Firma y
Sello del Empleador**