



SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y TRANSITORIA Y POR ENFERMEDAD O EDAD AVANZADA

Beneficio que solicita:

<input type="checkbox"/> Subsidio por incapacidad total y transitoria	Únicamente para abogados activos
<input type="checkbox"/> Prorroga de Subsidio por incapacidad total y transitoria	Únicamente para abogados activos
<input type="checkbox"/> Subsidio por enfermedad o edad avanzada	Únicamente para jubilados y pensionados

Datos del afiliado:

Apellido y nombre completo:				
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:		Colegio de Abogados:	Tomo:	Folio:

Completar con los datos del autorizado a tramitar el pedido: (no habilita para el cobro del beneficio)

Apellido y nombre completo:				
Domicilio Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
Barrio Privado / Country:	Localidad:	C.P.:		
Teléfono/s:	E-mail:			

Completar solo en caso de tramitar un Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria:

Tiempo de la incapacidad total por el cual solicita el beneficio: desde el _____ hasta el _____ días: _____
Porcentaje de incapacidad para el ejercicio profesional: _____ %

Declaro tener conocimiento de las disposiciones reglamentarias vigentes que determinan que éste beneficio debo solicitarlo dentro de los 60 días de producida la incapacidad; que en caso de no solicitarlo dentro de dicho plazo caducará el derecho que me hubiera correspondido; y que la incapacidad que denunció debe comprobarse durante el transcurso de la dolencia.

Completar solo en caso de tramitar un Subsidio por Enfermedad y Edad Avanzada:

A la fecha cuento con _____ años de edad. Acompaño a esta solicitud el/los certificado/s médico/s del/ de los que surge que no puedo abastecerme a mi mismo y, por ende necesito la atención permanente de otra persona para llevar a cabo mis necesidades básicas por el lapso de _____ o en forma permanente, tal como se menciona en la documentación médica que se acompaña.

Para cobrarlo solicito que, oportunamente, se incorpore el pago a mis haberes previsionales

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA SOLICITUD, REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Firma y aclaración del afiliado

Certifico que la firma es auténtica y que fue realizada ante mi presencia

Lugar y fecha: _____

Firma y aclaración del certificador

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

Documentación que deberá acompañar a la presente solicitud, solo en caso de Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria:

- Certificado de Matrícula
- Documentación médica sobre la incapacidad denunciada
- Historia Clínica de internación (fotocopia certificada)
- Certificado médico consignando pronóstico de evolución
- Otro: _____

PARA DAR INGRESO A LA PRESENTE SOLICITUD, ES INDISPENSABLE
LA PRESENTACION DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Observaciones	Sello de cargo y firma del empleado que recibe
---------------	--