

Legajo: Apellido y Nombre: CUIL:

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 INSCRIPCIÓN AFIP/DECLARACIÓN JURADA DE GANANCIAS**, según corresponda.
4. Datos sobre el otro progenitor (padre o madre, según corresponda):

Apellido y Nombre del padre/madre del menor	CUIT/CUIL

5. Brindar la siguiente información sobre el otro progenitor (padre/madre declarado/a en el punto 4.)

- a) Presentar **NEGATIVA DE ANSES**
- b) Trabaja en relación de dependencia SI NO
En caso afirmativo adjunte último **RECIBO DE SUELDO**
- c) Realiza una actividad en forma independiente (Monotributo o Resp. Inscripto) SI NO
En caso afirmativo presentar **CONSTANCIA INSCRIPCIÓN AFIP** y/o **DECLARACIÓN JURADA DE GANANCIAS**, según el caso.
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

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:

ACLARACIÓN:

FECHA: