

ANSESFormulario
PS. 2.55**Declaración jurada de novedades unificadas
Sistema Único de Asignaciones Familiares**

Frente

Código de dependencia

UDAI

Rubro 1 - Datos del / de la trabajador/aCUIL Nº de documento Apellido/s Nombre/s Correo Electrónico Teléfono de contacto ¿Te encontrás en una relación conyugal, de convivencia o convivencia previsional con el/la otro/a progenitor/a? Sí NO **Rubro 2 - Datos de la otra persona progenitora (madre / padre). Exclusivo para Prenatal (1)**CUIL Nº de documento Apellido/s Nombre/s Correo electrónico Teléfono de contacto **Rubro 3 - Datos del / de la empleador/a. Exclusivo para Maternidad**CUIT Razón social Correo electrónico Teléfono de contacto **Rubro 4 - Prenatal**Trámite Nº Tipo de novedad Alta Baja Modif. Aceptada Rechazada Indicar cantidad de cuotas abonadas por el/la empleador/a (no completar en caso de trabajadoras/es monotributistas)**Rubro 5 - Licencia por Maternidad (para completar por el/la empleador/a)**Trámite Nº Tipo de novedad Alta Baja Aceptada Rechazada Opción 45 días pre parto y 45 días posparto 30 días pre parto y 60 días posparto Fecha en la cual la trabajadora declaró el estado de embarazo al / a la empleador/a y efectuó la opción de licencia **Rubro 6 - Datos del certificado médico y de la / del profesional certificante (Prenatal / Maternidad) (1) (2)**Fecha del certificado médico Gestación : meses / semanas Tipo de fecha : probable de parto / real de parto

Tachar lo que no corresponda

Tachar lo que no corresponda

Fecha de interrupción del embarazo Matrícula Nº Nacional Provincial CUIL / CUIT de la /del profesional Apellido/s y nombre/s

Lugar y fecha _____, ____/____/____

Baja Fecha Motivo: _____

Firma y sello profesional certificante

Rubro 7 - Exclusivo Maternidad Down (3)

Tipo de novedad Alta Baja Trámite N°

Maternidad abonada por: Empleador/a ANSES Aceptada Rechazada

Fecha de fin de la licencia por maternidad

Datos de la persona nacida

CUIL N° de documento

Apellido/s

Nombre/s

Partida de nacimiento Certificado de defunción

N° de Acta / Partida / Certificado Tomo Folio

Certifico que la persona nacida cuyos datos constan en el presente rubro tiene diagnóstico de Síndrome de Down

Matrícula N° Nacional Provincial

CUIL / CUIT de la / del profesional

Apellido/s y nombre/s:

Lugar y fecha , / /

Firma y sello profesional certificante

Baja Fecha Motivo

Rubro 8 - Representante

Apellido/s y nombre/s:

N° de documento:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

Firma o impresión del dígito pulgar derecho de la persona representante

Rubro 9 - Firmas exclusivo para Prenatal / Maternidad / Maternidad Down

Firma o impresión del dígito pulgar derecho del / de la trabajador/a

Aclaración de firma

Firma o impresión del dígito pulgar derecho del / de la otro/a progenitor/a

Aclaración de firma

Firma del / de la empleador/a (exclusivo para Maternidad)

Aclaración de firma

Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

Sello de recepción en ANSES

ANSES

Formulario
PS. 2.55

Declaración jurada de novedades unificadas Sistema Único de Asignaciones Familiares

Uso exclusivo ANSES

CUIL titular

Nº de documento

Apellido/s y nombre/s: _____

Trámite presentado: _____

Constancia de recepción

Prenatal
Trámite Nº
<input type="text"/>

Maternidad
Trámite Nº
<input type="text"/>

Maternidad Down
Trámite Nº
<input type="text"/>

Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

Sello de recepción en ANSES

Con este formulario las/os trabajadoras/es adheridas/os al régimen simplificado para pequeños contribuyentes (monotributistas) pueden solicitar únicamente la Asignación Prenatal.

Las/os trabajadoras/es en relación de dependencia en una empresa incorporada al Régimen de la Ley 24.714 pueden solicitar la Asignación Prenatal, Maternidad y Maternidad Down.

Puede ser presentado ante ANSES por el/la titular, el/la empleador/a o por una tercera persona (representante).

ESTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. DEBE COMPLETARSE EN LETRA IMPRENTA, SIN OMITIR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LAS PERSONAS INFRACTORAS A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LAS ASIGNACIONES FAMILIARES SOLICITADAS QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO REALIZADOS POR ANSES.

Observaciones: _____

ESTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. DEBE COMPLETARSE EN LETRA IMPRENTA, SIN OMITIR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LAS PERSONAS INFRACTORAS A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LAS ASIGNACIONES FAMILIARES SOLICITADAS QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO REALIZADOS POR ANSES.

Observaciones: _____

De existir algún motivo para dejar de percibir la Asignación Familiar por Prenatal, Maternidad y/o Maternidad Down, se debe denunciar ante ANSES.

(1) Prenatal

Si indicaste "Sí" en la pregunta "**¿Te encontrás en una relación conyugal, de convivencia o convivencia previsional con el/la otro/a progenitor/a?**", tenés que completar el rubro 2 con los datos del/la cónyuge o conviviente, debiendo acreditar la relación correspondiente en ANSES, con la documentación que la respalde.

Si indicaste "NO", no tenés que completar el Rubro 2 - "**Datos de la otra persona progenitora (madre / padre) Exclusivo para Prenatal (1)**" y tenés que consignar en el campo Observaciones "**no me encuentro en una relación de matrimonio, convivencia o convivencia previsional con el/la otro/a progenitor/a**".

El/la trabajador/a que no acredite relación conyugal, de convivencia o convivencia previsional con la persona embarazada, no tendrá derecho a percibir la Asignación por Prenatal.

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

Si solamente sos trabajador/a monotributista (adherido al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes) no tenés que completar los rubros:

3 – Datos del / de la empleador/a

4 – Prenatal; Campo cantidad de cuotas abonadas por el/la empleador/a

9 – Firmas exclusivo para Prenatal / Maternidad /Maternidad Down; Campo firma del / de la empleador/a.

(2) Maternidad

Para liquidar correctamente esta asignación, ANSES necesita contar con el certificado médico con el cual el/la empleador/a tomó conocimiento del embarazo y otorgó la Licencia por Maternidad.

Por eso, si antes de completar este formulario la persona gestante ya hubiera presentado al/la empleador/a un certificado médico declarando el embarazo y la opción de licencia, se deberá adjuntar fotocopia de ese certificado médico y no se deberá completar el Rubro 6.

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

(3) Maternidad Down

Para liquidar correctamente esta asignación, ANSES necesita contar con el certificado médico con el cual el/la empleador/a tomó conocimiento del diagnóstico de síndrome de Down de la persona nacida y otorgó la extensión de la licencia.

Por eso, si antes de completar este formulario la persona titular ya hubiera presentado al/la empleador/a un certificado médico declarando el diagnóstico de síndrome de Down de la persona nacida, se debe adjuntar fotocopia de ese certificado médico y no se debe completar el Rubro 7.

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