

## **SOLICITUD DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD - INVALIDEZ - GRAN INVALIDEZ**

Señor Presidente de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Provincia de Buenos Aires, conforme al Reglamento de Prestaciones informo con carácter de Declaración Jurada:

### **A. Datos del Solicitante**

Apellido y Nombres (Completo):.....

D.N.I. N°:.....CUIL N°:.....

N° de Matrícula:.....

E-mail:.....

Domicilio Constituido (Art. 13 inc "d"): .....

Localidad: ..... C.P.....

Afiliado a la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires, haciendo uso del derecho que surge de los artículos 1, 2, 11 a 21 del Reglamento de Prestaciones y art. 67 a 72 de la Ley 13.917), declaro bajo juramento:

- Que me encuentro al día con las obligaciones de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires (ley 13.917 y Reglamentos).
- Que me encuentro incapacitado o invalidado para el ejercicio Profesional y que el impedimento es posterior a la afiliación a esta Caja.

## **B. Documentación que acompaña\***

- Fotocopia del Documento de Identidad, 1er y 2da. hoja y las hojas correspondientes a los cambios de domicilio, ya sea que se encuentre en blanco o conste último domicilio.
- Original de Certificado Medico con diagnostico.
- Resumen de Historia Clínica completa y legible (debe consignar fecha de inicio de la invalidez o incapacidad y probable de alta medica) en la que se indique la afección que padece y la incidencia de la misma sobre su capacidad laboral.
- Copia del Protocolo Quirúrgico en caso de haberse realizado intervención quirúrgica.
- Ecografía actualizada y análisis del laboratorio para los trastornos de embarazo.
- Para afecciones Psiquiátricas (Estado psíquico actual, antecedentes de la enfermedad actual, Diagnóstico según DSM IV con descripción de los 5 ejes, tratamiento farmacológico detallando: droga, dosis, posología, duración estimada del mismo, tratamiento no farmacológico detallando: tipo y duración estimada).
- En caso de ampliación de la solicitud, presentar historia clínica evolutiva con detalle de tratamiento, evolución y pronóstico.

## **C. Datos bancarios del solicitante**

- Tipo y N° de cuenta: \_\_\_\_\_
- Banco: \_\_\_\_\_
- Sucursal: \_\_\_\_\_
- CBU: \_\_\_\_\_
- CUIL/CUIT: \_\_\_\_\_

## **(Acompañar constancia de CBU)**

**\*No se dará curso a aquellas peticiones presentadas sin la documentación establecida.**

**La documentación presentada será analizada y evaluada por el Área Legal correspondiente. El afiliado será notificado ante cualquier faltante o inconsistencia en la misma.**

Declaro con carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en este formulario son correctos, completos y veraces, y que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno. Asimismo declaro que en caso de cesar en la INCAPACIDAD o Invalidez por la que se promueve las presentes actuaciones me comprometo a informarlo de inmediato a la Caja. Reglamento de Prestaciones: Artículo 18 Concedida la prestación por incapacidad o invalidez, el afiliado se compromete a informar a la Caja cualquier cambio en su situación. En caso de incumplimiento además de cancelar en forma automática la prestación concedida, el afiliado deberá reintegrar las prestaciones percibidas indebidamente.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_