

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 (completos):	
DNI:	CUIT / CUIL: - -
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 ACOMPAÑO

	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 Médico con diagnóstico.
	Fotocopias de los últimos tres recibos de sueldos. Presentar con original para certificar copia.
	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 **\*\* (ACOMPAÑAR CONSTANCIA DE CBU)\*\***

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

\*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