

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ (fecha)

A: Sr. Secretario de Acción Social y Cultura del CePETel.

Yo, _____, afiliado nro. _____, solicito la Asignación:

(apellido y nombre)

(nro. de afiliado)

	Asignación
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento de cónyuge del afiliado
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento de hijo del afiliado
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento de padre del afiliado
<input type="checkbox"/>	Apoyo a la rehabilitación del menor con discapacidad
<input type="checkbox"/>	Casamiento del afiliado
<input type="checkbox"/>	Nacimiento y Adopción de hijo del afiliado
<input type="checkbox"/>	Ayuda para prótesis médica
<input type="checkbox"/>	Ayuda para el Afiliado con Hijos con Discapacidad Mayores de 21 años
<input type="checkbox"/>	Ayuda escolar al hijo del afiliado

(Marcar con una cruz donde corresponda)

A tal fin acompaño la siguiente documentación:

	Documentación	Asignación
<input type="checkbox"/>	Partida de defunción del cónyuge o conviviente debidamente legalizada	Fallecimiento del cónyuge
<input type="checkbox"/>	Partida de Casamiento actualizada debidamente legalizada o, en su caso, prueba documental debidamente legalizada que acredite la convivencia	
<input type="checkbox"/>	Partida de nacimiento del hijo debidamente legalizada	Fallecimiento de hijo del afiliado
<input type="checkbox"/>	Partida de defunción del hijo debidamente legalizada	
<input type="checkbox"/>	Sentencia de adopción que así lo acredite (en el caso de hijo adoptivo)	
<input type="checkbox"/>	Partida de nacimiento del afiliado debidamente legalizada	Fallecimiento de padre del afiliado
<input type="checkbox"/>	Partida de defunción del progenitor debidamente legalizada	
<input type="checkbox"/>	Partida de nacimiento del menor con discapacidad	Apoyo a la rehabilitación del menor con discapacidad
<input type="checkbox"/>	Certificado Nacional de Discapacidad vigente	
<input type="checkbox"/>	Partida de matrimonio debidamente legalizada	Casamiento del afiliado
<input type="checkbox"/>	Partida/s de nacimiento/s del hijo/s del afiliado debidamente legalizada/s	Nacimiento y Adopción
<input type="checkbox"/>	Sentencia de adopción debidamente legalizada.	
<input type="checkbox"/>	Prescripción o indicación del médico que originó el tratamiento que produjo la erogación y breve historia clínica	Ayuda para prótesis médica
<input type="checkbox"/>	Factura y recibo detallados de los pagos que realizó el afiliado	
<input type="checkbox"/>	Declaración Jurada del afiliado de que los gastos por los que solicita reembolso han sido a su exclusivo cargo	
<input type="checkbox"/>	Partida de nacimiento del hijo con discapacidad debidamente legalizada	Ayuda para el Afiliado con Hijos con Discapacidad Mayores de 21 años
<input type="checkbox"/>	Certificado Nacional de Discapacidad vigente debidamente legalizado	
<input type="checkbox"/>	Certificado de Supervivencia del Discapacitado de acuerdo con la legislación vigente (de renovación anual)	
<input type="checkbox"/>	Presentación de documentación probatoria, a satisfacción del CePETel, de que el hijo con discapacidad está a su exclusivo cargo (de renovación anual)	
<input type="checkbox"/>	Certificado de escolaridad	Ayuda escolar al hijo del afiliado

(Marcar con una cruz donde corresponda)

Sin más, lo saludo muy atentamente.

(firma)

(aclaración)

DNI _____
(DNI)