# CePETel

**Secretaría de Acción Social**

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** |
|---|---|
| | Fallecimiento de cónyuge del afiliado |
| | Fallecimiento de hijo del afiliado |
| | Fallecimiento de padre del afiliado |
| | Apoyo a la rehabilitación del menor con discapacidad |
| | Casamiento del afiliado |
| | Nacimiento y Adopción de hijo del afiliado |
| | Ayuda para prótesis médica |
| | Ayuda para el Afiliado con Hijos con Discapacidad Mayores de 21 años |
| | Subsidio eventual por pérdida/perjuicio material colectivo |

(Marcar con una cruz donde corresponda)

A tal fin acompaño la siguiente documentación:

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

(Marcar con una cruz donde corresponda)

**Datos bancarios** (en caso de que corresponda depósito de dinero)

Banco: _____
Nro.de cuenta:_____
**CBU:**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sin más, lo saludo muy atentamente.

Firma y aclaración: _____

DNI: _____