



# INFORME PREVISIONAL



|                      |
|----------------------|
| A FAVOR DEL SR/A:    |
| CUIL Nº:             |
| FECHA DE NACIMIENTO: |
| DOMICILIO:           |
| LOCALIDAD:           |

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio

**A INFORMAR por la Dirección de Asistencia al Adulto Mayor - Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Cruz**

La persona antes mencionada

PERCIBE BENEFICIO: SI  NO

ESPECIFICAR TIPO DE BENEFICIO GRACIABLE:

Nº de beneficio: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio

**A INFORMAR por la COMISION NACIONAL DE PENSIONES ASISTENCIALES - Mrio. de Desarrollo Social de la Nación**

La persona antes mencionada

PERCIBE BENEFICIO: SI  NO

ESPECIFICAR TIPO DE BENEFICIO GRACIABLE:

Nº de beneficio: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio

**A INFORMAR por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL - A.N.Se.S.**

La persona antes mencionada

PERCIBE BENEFICIO/S: SI  NO

ESPECIFICAR TIPO DE BENEFICIO: JUBILACIÓN / PENS. DIRECTA / PENS. DERIVADA

Nº de beneficio: \_\_\_\_\_

SE ENCUENTRA DECLARADA COMO TRABAJADOR EN ACTIVIDAD: SI  NO

SE ENCUENTRA INSCRIPTA COMO AUTONOMO/MONOTRIBUTO: SI  NO

**SE DEBERA ADJUNTAR:**

**HISTORIA LABORAL  
CERTIFICACION NEGATIVA**

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio

**DOMICILIOS:** A) Ministerio de Desarrollo Social:  
B) Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales:  
C) A.N.Se.S. - UDAI Río Gallegos: