

FORMULARIO SOLICITUD DE REINTEGRO



TIPO DE TRÁMITE: <input type="checkbox"/> INMEDIATO <input type="checkbox"/> A TÉRMINO		DELEGACIÓN:
		DISTRITO:
1) DATOS DE BENEFICIARIO:		
BENEFICIARIO N°:	EX-CAJA:	CARACTER DE LA AFILIACIÓN: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> A cargo
APELLIDO Y NOMBRE:		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: L.C. LE. C.I. D.N.I. N°:		EXPEDIDO POR:
DOMICILIO:		
MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL REINTEGRO DE GASTOS:		
<p>Declaro asumir total responsabilidad con respecto a la veracidad o cumplimiento de los puntos siguientes: 1) No recibo servicios médicos de ninguna obra social ni mi condición de jubilado por el Régimen Nacional de Previsión. 2) El domicilio denunciado es el real e informaré los cambios que pudieran ocurrir durante el trámite del reintegro que solicito. 3) La documentación presentada es legítima. 4) No existen omisiones dolosas en las declaraciones efectuadas. 5) Toda información y documentación que suministro a requerimiento del Instituto será auténtica. 6) El reintegro solicitado es el total de gastos realizado hasta la fecha por asistencia médica y medicamentos.</p> <p>Declaro tener conocimiento de que el incumplimiento de alguno de los puntos mencionados puede hacerse posible de sanciones administrativas y eventualmente constituir la comisión de un delito.</p>	LUGAR Y FECHA:	
	FIRMA DEL BENEFICIARIO:	
	CERTIFICACIÓN DE FIRMA:	

FORMULARIO SOLICITUD DE REINTEGRO



2) PARA SER UTILIZADO CUANDO EL GASTO FUE REALIZADO POR UN TERCERO:		
APELLIDO Y NOMBRE:		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: L.C. LE. C.I. D.N.I. N°:	EXPEDIDO POR:	
DOMICILIO:		
A efectos de que se me conceda el reintegro de los gastos que demandara la atención del beneficiario asumo total responsabilidad por la veracidad de las manifestaciones efectuadas y el cumplimiento de los requisitos exigidos.	LUGAR Y FECHA:	
	FIRMA DEL SOLICITANTE:	
	CERTIFICACIÓN DE FIRMA:	
3) PARA SER UTILIZADO POR EL I.N.S.S.J.P.:		
DOCUMENTACIÓN VERIFICADA: <input type="checkbox"/> DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CREDENCIAL DE AFILIADO TITULAR <input type="checkbox"/> CREDENCIAL DE AFILIADO A CARGO <input type="checkbox"/> RECIBO DE HABERES MES:.....	LUGAR Y FECHA:	
	FIRMA Y ACLARACIÓN:	NÚMERO DE LEGAJO:
OBSERVACIONES:		