

Tipo de trámite: ☐ Inmediato ☐ A término

Delegación:

Distrito:

1. Datos de beneficiario:

Beneficiario n°:

Ex-caja:

Caracter de la afiliación: ☐ Titular ☐ A cargo

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento

Teléfono

Documento de Identidad ☐ LC ☐ LE ☐ CI ☐ DNI

Documento número:

Domicilio:

Número:

Piso:

Dpto:

Entrecalle 1

Entrecalle 2

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Motivo por el que solicita el reintegro de gastos:

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.

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.

Lugar y fecha:

Firma del beneficiario:

Certificación de firma:

2. Para ser utilizado cuando el gasto fue realizado por un tercero:

Apellidos: _____

Nombres: _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Documento de Identidad ☐ LC ☐ LE ☐ CI ☐ DNI Documento número: _____

Domicilio: _____ Número: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Entrecalle 1 _____ Entrecalle 2 _____

Código Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

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 INSSJP

Documentación verificada:

- ☐ Documento de identidad ☐ Credencial de afiliado titular
☐ Credencial de afiliado a cargo ☐ Recibo de haberes mes

Lugar y fecha _____

Firma y aclaración _____

Número de legajo _____

OBSERVACIONES: