



SECASFPI

SINDICATO DE EMPLEADOS DE LA EX CAJA DE SUBSIDIOS FAMILIARES PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA



ANSES

SOLICITUD DE AYUDA ESCOLAR

Línea 144
Contención, Información,
Asesoramiento para la
Prevención de la Violencia
de Género

DATOS AFILIADO/A SOLICITANTE

Número de Legajo Apellido y Nombres Número de CUIL

DATOS LABORALES

Sede o UDAI Localidad / Provincia Teléfono Laboral

Número de CBU Sucursal de Banco

DATOS DE LOS/LAS MENORES QUE GENERAN EL SUBSIDIO

Apellido y Nombres	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento	Edad	Discapacidad	Etapa Escolar	Grado/Año
	/ /			SI / NO		
Apellido y Nombres	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento	Edad	Discapacidad	Etapa Escolar	Grado/Año
	/ /			SI / NO		
Apellido y Nombres	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento	Edad	Discapacidad	Etapa Escolar	Grado/Año
	/ /			SI / NO		
Apellido y Nombres	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento	Edad	Discapacidad	Etapa Escolar	Grado/Año
	/ /			SI / NO		
Apellido y Nombres	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento	Edad	Discapacidad	Etapa Escolar	Grado/Año
	/ /			SI / NO		

DATOS AFILIADO/A QUE CURSA ESTUDIOS TERCIARIOS/UNIVERSITARIOS

CARRERA CURSADA Año de Inicio de cursada Año que se encuentra cursando

Condiciones y Requisitos

- 1) Antigüedad mínima como afiliado/a para acceder al beneficio: 6 meses
- 2) Fotocopia de la constancia de alumno/a regular (de inicio del ciclo lectivo) u el original del informe emitido por el establecimiento en el cual el/la afiliado/a se encuentre cursando la carrera, donde conste año de cursada y los años de duración de la misma (**Subsidio por Ayuda Escolar Anual Terciaria - Universitaria**).

El plazo para la presentación de la solicitud y la documentación correspondiente será de 45 días desde la fecha de comienzo del año lectivo correspondiente a la zona de residencia del afiliado solicitante, vencido dicho plazo se perderá automáticamente el derecho de su percepción.

Los datos consignados en la presente solicitud son fidedignos y revisten el carácter de declaración jurada. Declaro también tener conocimiento y cumplir con los requisitos y condiciones para el cobro del presente subsidio, caso contrario autorizo al SECASFPI a descontar de mis haberes, el importe mal percibido en concepto de cobro del subsidio solicitado.

LUGAR Y FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN