

FORMULARIO DE ACTIVACIÓN DE BENEFICIO

Apellido y Nombre: _____
 CUIL: _____
 Fecha de inicio de trámite: _____



Declaración Jurada

La presente declaración jurada debe ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Solicito la activación y consecuente percepción de mi Beneficio Previsional. A tales efectos, declaro bajo juramento haber cesado en todos los cargos, funciones y actividades en lo que me desempeñaba como trabajador activo, en el ámbito provincial o nacional, hayan sido bajo relación de dependencia o como cuentapropistas (en cualquiera de sus modalidades). Asimismo, declaro haber agotado el **TOTAL DE LAS LICENCIAS ACUMULADAS** al momento de la activación y haber efectuado el trámite de "Baja" ante él/los empleadores o ante AFIP, según corresponda, por cada una de las líneas de servicios existentes. Además, haber solicitado la presente activación del beneficio dentro de los 30 (treinta) días anteriores o posteriores al cese de servicios y última percepción de haberes.

Asimismo, declaro conocer los alcances legales establecidos en torno al régimen de Compatibilidad Limitada instituido por la Ley N° 8.024, así como las consecuencias inherentes a su trasgresión.

Quedo obligado a denunciar de inmediato a esta Institución cualquier cambio de situación que modifique la presente declaración. En caso de reingresar a la actividad me comprometo a comunicar tal circunstancia a la Caja de Jubilaciones en el plazo de 30 días. Asimismo, en este acto expreso conocer el Régimen de Incompatibilidad que prevé el Art 59 y 60 de la Ley 8024 T.O. por Decreto 40/09 y Decreto Reglamentario 41/09. En caso de incurrir en alguna de las situaciones de incompatibilidad que establece la Ley, se suspenderá inmediatamente la percepción del Beneficio y deberá reintegrar los haberes percibidos indebidamente, mas intereses previstos en la Ley.

Declaro bajo juramento como **FECHA DE CESE** (última percepción de haberes) _____ en los servicios provinciales y municipalidades con aportes a esta Caja o en actividades como dependiente o cuentapropista en otro sistema previsional.

Declaro que NO SI (tachar el que no corresponde) continuaré con actividad percibiendo el tope de dos haberes mínimos desarrollando actividades en _____