



MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL
SECRETARIA DE DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA

Nº 17013
Nº 17013

DUPLICADO
PARA EN PARA EL SOLICITANTE

SOLICITUD DE BENEFICIO (Ley Nº. 23.466)

SOLICITANTE

Nombres y apellidos completos Inés Emilsa Ramos de Heye

Domicilio 48 Nº 657 12º E 1900 La Plata

Estado civil casada Nacionalidad argentina

Fecha de nacimiento 17/03/55 Edad 32 años

No. de documentos: D.N.I. 11543760 C.I. —

Especificar si recibe: Jubilación — No. de Beneficio —

Caja otorgante —

Pensión — No. de Beneficio —

Caja otorgante —

Retiro — No. de Beneficio —

Caja otorgante —

Otros beneficios — No. de Beneficio —

Caja otorgante —

Especificar si padece algún grado de incapacidad —

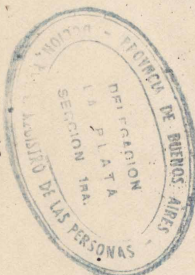
Relación de parentesco con el desaparecido Esposa

Organismo ante quién radicó la denuncia Unión Interina Cámaras Federales CONADEP (testimonio 4008)

Fecha de la denuncia 20/05/77

Fecha de la desaparición forzada 05/05/77

ESTA SOLICITUD TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA
Y DEBERA SER LLENADA POR TRIPLICADO.



Adjunto 18 folios

Firma del solicitante o del representante legal
de la persona autorizada judicialmente

1.1.58Fs (1 de 2)



Ministerio de Salud y Acción Social
Secretaría de Desarrollo Humano y Familia

FORMULARIO ADJUNTO A LA SOLICITUD DE BENEFICIO DE LA LEY Nº 23.466

BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: *ALAYE, Inés Emilse Ramos de*

Lugar y fecha de nacimiento: *Mercedes (Bs As) 14/03/55*

D.N.I./L.C./L.E./C.I. Nº *11.573.760* Expedida por: *-*
(tachar lo que no corresponda)

Edad: *32 años* sexo: *Femenino*

Domicilio: *48* *654-12º* *1900 Le Plata*
Calle Nº Localidad

-Para el caso en que el beneficiario sea menor de edad o incapaz-

REPRESENTANTE LEGAL

Apellido y Nombre: *ALAYE, Adelina Ethel Demuthi Vda de*

Lugar y fecha de nacimiento: *Chivilcoy (Bs As) 05/06/27*

C.I./L.E./L.C./D.N.I.: *2643328*
(tachar lo que no corresponda)

Carácter de la representación: (TUTOR; GUARDADOR; CURADOR; PADRE;
MADRE) (tachar lo que no corresponda) *apoderada*

Domicilio: *48* *654-12º* *1900 Le Plata*
Calle Nº Localidad

El tutor, guardador o curador deberá agregar la autorización judicial
para percibir haberes.

LUGAR DE PAGO

Banco: *Crédito Provincial (caja mutual)*

Cursal: *7 esq 50* *1900 Le Plata*
Calle Nº Localidad

Subursal de correo: *-*
Calle Nº Localidad

Para uso de la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia

Nº de Resolución: *-*

Fecha: *-*



11558Fs(2de2)