



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

Nº 1701

TRIPLICADO
PARA EL ORGANISMO RECEPTOR

SOLICITUD DE BENEFICIO (Ley Nº. 23.466)

SOLICITANTE

Nombres y apellidos completos _____

Domicilio _____

Estado civil _____ Nacionalidad _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

No. de documentos: D.N.I. _____ 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 _____

Organismo ante quién radicó la denuncia _____

Fecha de la denuncia _____

Fecha de la desaparición forzada _____

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

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