

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

TRIPLICADO
PARA EL ORGANISMO RECEPTOR

SOLICITUD DE BENEFICIO (Ley N°. 23.466)

SOLICITANTE

Nombres y apellidos o	completos		
Trombies y apointed		中国共和国的大学	
Domicilio	A Company of the State of the S	and the Kundigation of the co	* # = * 1 * 5 * \$ * 3 * 11 * 5 .
		Nacionalidad	100000000000000000000000000000000000000
			- The Table 11.7
Fecha de nacimiento		The second second second	. Edad
No. de documentos:	D.N.I		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Especificar si recibe:	Jubilación	No. de Beneficio	
0.00	Caja otorgante	Carlo Spring Day 1886	The state of the s
0/	Pensión	No. de Beneficio	
0,	Caja otorgante		. ,
6	Retiro	No. de Beneficio	1/1/11/
	Caja otorgante	XW ATTENDED	1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1
	Otros beneficios	No. de Beneficio	
	Caja otorgante		
			A MARKO SHOW
Especificar si padece	algún grado de incapa	a onthompour brush	A A MAKER MARIA
		Part Million Vision (1)	11/33/11/18
1			Washing .
		THE CAMPAGE PROPERTY.	
Relación de parentes	co con el desaparecido	Trouble Block 12	you shifter !!
		The second secon	14 AMERICAN
Organismo ante quié	n radicó la denuncia.		Control of the second
	3 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5		Children to the state of the property of the state of the
Feeha de la denunci			V 1 2 201 2 9 3 3 4 4 4 1 1 1 1 1 1
Fecha de la desaparición forzada			
ESTA SOLICITUD TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA			
Y DEBERA SER LLENADA POR TRIPLICADO.			

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