

Secretaría de Integración Social Para Personas Mayores Dirección General de Dependencias y Atención Primaria UIAP	DECLARACIÓN JURADA	Día	Mes	Año

DATOS PERSONALES			
Apellido y Nombres:		DNI N°:	
Fecha de Nac.: __/__/____	Nacionalidad:	Género:	
Estado Civil:	Cobertura Social:	N°:	
DOMICILIO REAL (El último domicilio que figura en el documento de identidad)			
Calle:	N°:	Torre o Sector:	Piso: Dto.:
Código Postal:	Barrio:		
DOMICILIO CONSTITUIDO (El domicilio en el que vive actualmente)			
Situación Habitacional: <input type="radio"/> Vía Pública <input type="radio"/> Estable <input type="radio"/> Temporal:			
Calle:	N°:	Torre o Sector:	Piso: Dto.:
Código Postal:	Barrio:	Teléfono:	Celular:
En caso de carecer de Teléfono propio consignar datos de contacto:	Nombre:	Teléfono:	

DATOS DE PROGRAMAS SOCIALES	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Programa Social 1:
	Programa Social 2:

DATOS ECONÓMICOS INGRESOS			
Jubilación N°:	\$:	Pensión N°:	\$:
Otros Ingresos:	\$:	Ayuda Familiar:	\$:
DATOS ECONÓMICOS EGRESOS (* gastos consignados para cálculo de subsidio)			
*Alquiler: \$:	*Expensas: \$	*Gas: \$	*Luz: \$
*Teléfono: \$	*Agua: \$	Alimentos: \$	Otros: \$
Detallar Otros:			

DATOS DE BIENES PERSONALES	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Inmueble 1: Domicilio: Valor Fiscal: \$
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Vehículo 1: Domicilio: Valor Fiscal: \$

DATOS DE LA VIVIENDA			
Relación de Tenencia: <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Cedida Estable <input type="radio"/> Cedida Inestable			
Tipo de Vivienda: <input type="radio"/> Hotel <input type="radio"/> Departamento <input type="radio"/> Casa de Familia <input type="radio"/> Casa			
Cant. de Ambientes:		Servicios: <input type="radio"/> Agua Corriente <input type="radio"/> Red Gas <input type="radio"/> Red Eléctrica	
Observaciones			

DATOS DE FAMILIARES

Apellido y Nombres:			DU N°:		
Fecha de Nac.: __/__/____		Nacionalidad:		Género:	
Parentesco:		Convive: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Estado Civil:	
Ingresos: \$		Cobertura Social:		N°:	
Nivel de Instrucción:			Profesión u Oficio:		
1 DOMICILIO CONSTITUIDO (El domicilio en el que vive actualmente)					
Calle:		N°:		Torre o Sector:	
Código Postal:		Barrio:		Localidad:	
Teléfonos		Particular:		Celular:	
Particular:		Celular:		Laboral:	
¿Tiene Discapacidad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Cuál?:					

Apellido y Nombres:			DU N°:		
Fecha de Nac.: __/__/____		Nacionalidad:		Género:	
Parentesco:		Convive: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Estado Civil:	
Ingresos: \$		Cobertura Social:		N°:	
Nivel de Instrucción:			Profesión u Oficio:		
2 DOMICILIO CONSTITUIDO (El domicilio en el que vive actualmente)					
Calle:		N°:		Torre o Sector:	
Código Postal:		Barrio:		Localidad:	
Teléfonos		Particular:		Celular:	
Particular:		Celular:		Laboral:	
¿Tiene Discapacidad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Cuál?:					

Apellido y Nombres:			DU N°:		
Fecha de Nac.: __/__/____		Nacionalidad:		Género:	
Parentesco:		Convive: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Estado Civil:	
Ingresos: \$		Cobertura Social:		N°:	
Nivel de Instrucción:			Profesión u Oficio:		
3					

DOMICILIO CONSTITUIDO (El domicilio en el que vive actualmente)				
Calle:		Nº:	Torre o Sector:	Piso: Dto.:
Código Postal:		Barrio:	Localidad:	Provincia:
Teléfonos	Particular:	Celular:	Laboral:	
¿Tiene Discapacidad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Cuál?:				

El domicilio constituido se establece con el fin de poder realizar todas las notificaciones necesarias relacionadas con nuestros programas. Todas las notificaciones practicadas en dicho domicilio serán tomadas como notificaciones fehacientes. El beneficiario deberá notificar obligatoriamente cualquier cambio en el domicilio constituido. De lo contrario será tomado como válido el denunciado.

FIRMAR EN PRESENCIA DEL AGENTE AL MOMENTO DE PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN

_____ Firma

_____ Aclaración

_____ DU N°



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
"2019 -Año del 25° Aniversario del reconocimiento de la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires"

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Buenos Aires,

Referencia: EX-2019-24270519- -GCABA-DGDAP - Anexo II - Declaración Jurada UIAP

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.