ANSES

Formulario
PS. 2.55

Declaración jurada de novedades unificadas
Sistema Único de Asignaciones Familiares

Frente

Código de dependencia	Oficina

Rubro 1 – Datos del trabajador

Apellido(s) y nombre(s)		
DNI	Nº de CUIL	Teléfono de contacto
Correo electrónico		
¿Estás casado, en convivencia o convivencia previsional con el otro progenitor? Si indicaste que sí, tenés que completar el Rubro 2	Sí ☐ No ☐	

Rubro 2 - Datos de la otra persona progenitora (madre / padre). Exclusivo para Prenatal (1)

Apellido(s) y nombre(s)		
DNI	Nº de CUIL	Teléfono de contacto
Correo electrónico		

Rubro 3 - Datos del empleador. Exclusivo para Maternidad

Razón social	
Nº de CUIT	Teléfono de contacto
Correo electrónico	

Rubro 4 – Prenatal

Trámite N°:	Tipo de novedad Alta ☐ Baja ☐ Modificación ☐	Aceptada ☐ Rechazada ☐
Indicar cantidad de cuotas abonadas por el empleador: _____ (no completar en caso de trabajadores monotributistas)		

Rubro 5 - Licencia por Maternidad (para completar por el empleador) (2)

Trámite N°:		
Tipo de novedad Alta ☐ Baja ☐		Aceptada ☐ Rechazada ☐
Opción para iniciar la licencia: ___ días corridos antes de la fecha probable de parto (máximo 45 días preparto - mínimo 10 días preparto)		
Fecha en la cual se notificó el estado de embarazo al empleador y efectuó la opción de licencia:		

Rubro 6 - Datos del certificado médico y del profesional certificante (Prenatal / Maternidad) (1) (2)

Apellido(s) y nombre(s) del profesional certificante	
Matrícula nacional ☐ provincial ☐	Nº de CUIL / CUIT del profesional
Fecha del certificado médico:	Gestación: meses / semanas (tachar lo que no corresponda)
Tipo de fecha: probable de parto / real de parto (tachar lo que no corresponda)	
Fecha de interrupción del embarazo:	
Lugar y fecha: _____,	

_____
Firma y sello de profesional certificante

Baja Fecha Motivo: _____

Rubro 7 - Exclusivo Maternidad Down (3)

Trámite N°:	Tipo de novedad Alta ☐ Baja ☐
Maternidad abonada por: empleador ☐ ANSES ☐	Tipo de novedad Aceptada ☐ Rechazada ☐
Fecha de fin de la licencia por maternidad:	

Datos de la persona nacida

DNI	Nº de CUIL
Apellido(s) y nombre(s)	
Partida de nacimiento ☐ Certificado de defunción ☐	N° de Acta / Partida / Certificado: Tomo: Folio:
Certifico que la persona nacida cuyos datos constan en el presente rubro tiene diagnóstico de Síndrome de Down	
Apellido(s) y nombre(s) del profesional certificante	
Matrícula nacional ☐ provincial ☐	Nº de CUIL / CUIT del profesional
Lugar y fecha: _____,	

_____
Firma y sello de profesional certificante

Baja Fecha Motivo: _____

Rubro 8 – Representante

Apellido(s) y nombre(s)	
N° de documento	Teléfono
Correo electrónico	

_____
Firma o impresión del dígito pulgar derecho
de la persona representante

Rubro 9 - Firmas exclusivo para Prenatal / Maternidad / Maternidad Down

_____
Firma o impresión del dígito pulgar derecho del trabajador

_____
Aclaración de firma

_____
Firma o impresión del dígito pulgar derecho del otro progenitor

_____
Aclaración de firma

_____
Firma del empleador (exclusivo para maternidad)

_____
Aclaración de firma

_____
Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

_____
Sello de recepción en ANSES

Con este formulario los trabajadores adheridos al régimen simplificado para pequeños contribuyentes (monotributistas) pueden solicitar únicamente la Asignación Prenatal.
Los trabajadores en relación de dependencia en una empresa incorporada al Régimen de la Ley 24.714 pueden solicitar la Asignación Prenatal, Maternidad y Maternidad Down.
Puede ser presentado ante ANSES por el titular, el empleador o por una tercera persona (representante).

ESTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. DEBE COMPLETARSE SIN OMITIR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LAS PERSONAS INFRACTORAS A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LAS ASIGNACIONES FAMILIARES SOLICITADAS QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO REALIZADOS POR ANSES.

Observaciones:

Uso exclusivo ANSES

ANSES

Formulario
PS. 2.55

Declaración jurada de novedades unificadas
Sistema Único de Asignaciones Familiares

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN

Apellido(s) y nombre(s):	
CUIL titular:	N° de documento:
Trámite presentado:	
☐ Prenatal	Trámite N°:
☐ Maternidad	Trámite N°:
☐ Maternidad Down	Trámite N°:

Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

Sello de recepción en ANSES

ESTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. DEBE COMPLETARSE SIN OMITIR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LAS PERSONAS INFRACTORAS A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LAS ASIGNACIONES FAMILIARES SOLICITADAS QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO REALIZADOS POR ANSES.

Observaciones:

De existir algún motivo para dejar de percibir la Asignación por Prenatal, Maternidad y/o Maternidad Down, se debe denunciar ante ANSES.

(1) Prenatal

Si indicaste "SÍ" en la pregunta **"¿Estás casado, en convivencia o convivencia previsional con el otro progenitor?",** tenés que completar el rubro 2 con los datos de cónyuge o conviviente y acreditar la relación correspondiente en ANSES, con la documentación que la respalde.

Si indicaste "NO", no tenés que completar el Rubro 2 - "**Datos de la otra persona progenitora (madre / padre) Exclusivo para Prenatal (1)** y tenés que consignar en el campo Observaciones **"no me encuentro en una relación de matrimonio, convivencia o convivencia previsional con el otro progenitor".**

El trabajador que no acredite relación conyugal, de convivencia o convivencia previsional con la persona embarazada no tendrá derecho a percibir la Asignación por Prenatal.

El certificado médico o Rubro 6 para esta prestación no posee vencimiento.

Si solamente sos trabajador monotributista (adherido al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes) no tenés que completar los rubros:

3 – Datos del empleador

4 – Prenatal; Campo cantidad de cuotas abonadas por el empleador

9 – Firmas exclusivo para Prenatal / Maternidad / Maternidad Down; Campo firma del empleador.

(2) Maternidad

Para liquidar correctamente esta asignación, ANSES necesita contar con el certificado médico con el cual el empleador tomó conocimiento del embarazo y otorgó la Licencia por Maternidad.

Por eso, si antes de completar este formulario la persona gestante ya hubiera presentado al empleador un certificado médico declarando el embarazo y la opción de licencia, se debe adjuntar fotocopia de ese certificado médico con firma y aclaración del empleador (donde se indica que es copia del original que obra en su poder) y no se deberá completar el Rubro 6.

En el Rubro 5, en referencia a la Opción para usufructuar la licencia por Maternidad, se debe indicar la cantidad de días previos a la fecha probable de parto acordada con el empleador. Se debe consignar la cantidad de días corridos, pudiendo optar entre un mínimo de 10 días corridos preparto y un máximo de 45 días corridos preparto para usufructuar la licencia por maternidad.

Se recomienda que la presentación de este trámite se efectúe con anterioridad al inicio de la licencia, a fin de que el pago de la Asignación por Maternidad acompañe la mencionada licencia. En el caso en que se modifique el CUIT de la empresa u organismo, la persona gestante debe presentar otro Formulario firmado por el nuevo empleador ante ANSES.

Motivos de Baja: cese/ fin de la relación laboral, fallecimiento de la titular, perdida de embarazo con 25 semanas o menos, siempre y cuando presente documentación de respaldo: telegrama de despido o renuncia, acta de defunción, etc.

El certificado médico o rubro 6 para esta prestación no posee vencimiento.

(3) Maternidad Down

Para liquidar correctamente esta asignación, ANSES necesita contar con el certificado médico, emitido al menos 15 días antes de finalizar la licencia legal, con el cual el empleador tomó conocimiento del diagnóstico de síndrome de Down de la persona nacida y otorgó la extensión de la licencia.

Por eso, si antes de completar este formulario la persona titular ya hubiera presentado al empleador un certificado médico declarando el diagnóstico de síndrome de Down de la persona nacida, se debe adjuntar fotocopia de ese certificado médico con firma y aclaración del empleador (donde se indica que es copia del original que obra en su poder) y no se debe completar el Rubro 7.

Se recomienda que la presentación de este trámite se efectúe con anterioridad al inicio de la licencia, a fin de que el pago de la Asignación por Maternidad Down acompañe la mencionada licencia. En el caso en que se modifique el CUIT de la empresa u organismo, la persona gestante debe presentar otro Formulario firmado por el nuevo empleador.

Motivos de Baja: cese/ fin de la relación laboral, fallecimiento de la titular, nueva novedad de maternidad durante el transcurso de la Maternidad Down, siempre y cuando presente documentación de respaldo: telegrama de despido o renuncia, acta de defunción, etc.

El certificado médico o rubro 7 para esta prestación no posee vencimiento.