



Form.
PS5.3

Declaración Jurada del Trabajador y su Grupo Familiar Adheridos al Sistema Nacional del Seguro de Salud

Frente Los campos grisados serán completados por personal de ANSES Distribución Gratuita

Novedades Recategorización

Fecha de Presentación		
Día	Mes	Año

Datos del Titular

Apellido/s	Nombre/s	CUIL/CUIT

Datos de la Obra Social

Código	Denominación

Datos del Empleador (Completar si se encuentra en relación de dependencia)

CUIT	Razón Social	St. Rev. (1)

Datos del Grupo Familiar para la Obra Social

1	CUILT/CUIT	Apellido/s	Nombre/s
	Doc. de Identidad Tipo Número	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Cód. Parent Incapac. S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudia S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Marca OS Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	Fecha Día Mes Año	Nov. ADP Inicio Relación <input type="checkbox"/> Finaliza Relación <input type="checkbox"/>
2	CUILT/CUIT	Apellido/s	Nombre/s
	Doc. de Identidad Tipo Número	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Cód. Parent Incapac. S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudia S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Marca OS Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	Fecha Día Mes Año	Nov. ADP Inicio Relación <input type="checkbox"/> Finaliza Relación <input type="checkbox"/>
3	CUILT/CUIT	Apellido/s	Nombre/s
	Doc. de Identidad Tipo Número	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Cód. Parent Incapac. S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudia S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Marca OS Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	Fecha Día Mes Año	Nov. ADP Inicio Relación <input type="checkbox"/> Finaliza Relación <input type="checkbox"/>
4	CUILT/CUIT	Apellido/s	Nombre/s
	Doc. de Identidad Tipo Número	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Cód. Parent Incapac. S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudia S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Marca OS Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	Fecha Día Mes Año	Nov. ADP Inicio Relación <input type="checkbox"/> Finaliza Relación <input type="checkbox"/>

El siguiente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas en los Artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Quien suscribe _____
en calidad de _____
certifica que la firma precedente corresponde al declarante por haber sido puesta en mi presencia
acreditando identidad con _____ N° _____

Firma del Titular/Representante

Firma y Documento del Certificante

Sello Fechador y Firma ANSES

1 - Tabla de Situación de Revista

- 00 Percibe Haberes Regularmente
- 01 Contrato Temporario
- 25 Autónomo Monotributista
- 26 Servicio Doméstico
Suspendido con Derecho a Obra Social
- 10 Maternidad
- 11 Período de Reserva Por Enfermedad
- 12 Período de Reserva por Accidente
Suspendido sin Derecho a Obra Social
- 20 Excedencia
- 21 Licencia Extraordinaria
- 22 Receso Contrato Temporada
- 23 Licencia Gremial
- 24 Otras Suspensiones por más de tres meses

2 - Tabla de Parentesco

- 00 Titular
- 01 Cónyuge
- 02 Conviviente
- 03 Hijo Soltero menor de 21 años
- 04 Hijo Soltero entre 21 y 25 años inclusive
cursando estudios regulares
- 05 Hijo del cónyuge soltero menor de 21 años
- 06 Hijo del cónyuge soltero entre 21 y 25 años
inclusive cursando estudios regulares
- 07 Menor bajo guarda o tutela
- 08 Adherente
- 09 Hijo propio o del cónyuge discapacitado