



PROGRAMA HOGAR

## FORMULARIO - HOGAR

## Tipo de presentación

| Seleccione |                                   |   |                          |
|------------|-----------------------------------|---|--------------------------|
| 1          | Inscripcion al programa           | 3 | Grupo HOGAR numeroso     |
| 2          | Titular Autonomo / Monotributista | 4 | Integrante Discapacitado |
| 5          | Cantidad insuficiente de garrafas |   |                          |

indique con una (X) el tipo de carga que corresponde.

## Datos cabecera (obligatorio)

## Datos del Titular / Solicitante

CUIL  Tipo de Documento  Número

Apellido/s y Nombre/s

Sexo  F  M Fecha de Nacimiento

Pais  Provincia

Localidad  C.P.  C.P.A.

Barrio de emergencia  Si  No Nombre del barrio

Calle  Nº

Piso  Depto.  Anexo  Torre  Sector  Manzana

Parcela  Pasillo

Teléfono

Telefono Celular

Email

## Datos patrimoniales y gastos mensuales para aquellos que no perciben el subsidio (Cuando tipo reclamo 1 y 2)

## Estado de suministros de Gas Natural

¿Cuenta con conexión a la red de Gas natural?  Si  No

## Datos de ingresos de trabajadores Autonomos y/o monotributistas

Ingreso mensual \$ 

## Ingreso para trabajadores informales

Tiene otros ingresos  Si  No Origen Monto \$  ¿El ingreso extra es un plan social?  Si  No

Si posee plan social, indique de que provincia

|                                     |              |                      |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Nacional   | Denominación | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Provincial | Denominación | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Municipal  | Denominación | <input type="text"/> |

## Troquel para el solicitante

Fecha  CUIL

Apellido/s y Nombre/s

Firma del empleado actuante

Firma del solicitante



Presidencia de la Nación

MINISTERIO DE  
PLANIFICACIÓN  
FEDERAL, INVERSIÓN PÚBLICA Y SERVICIOSMinisterio de  
Desarrollo Social  
Presidencia de la NaciónSECRETARÍA  
DE ENERGÍA

ANSES

## FORMULARIO - HOGAR

### Reclamo de Grupo HOGAR numeroso (Cuando tipo reclamo 3)

#### Grupo HOGAR

Cantidad total de personas que viven en la misma casa que Ud.

### Reclamo integrante de grupo HOGAR discapacitado (Cuando tipo reclamo 4)

#### Carga de Discapacitado

Integrante del hogar con Certificado de discapacidad

Si

No

### HOGAR - Patagonia, Puna y Malargüe (Cuando tipo reclamo 5)

#### Cantidad insuficiente de garrafas

Le resulta insuficiente la cantidad de garrafas mensuales subsidiadas?

Si

No

Ingrese un promedio mensual de garrafas que consume en el hogar para los distintos periodos del año

| Periodo del año | Cantidad de garrafas x mes |
|-----------------|----------------------------|
| Verano          |                            |
| Invierno        |                            |

Fecha

Legajo empleado actuante

Firma del empleado actuante

Firma del solicitante

**ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA DE IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**



Presidencia de la Nación



MINISTERIO DE  
PLANIFICACIÓN  
FEDERAL, INVERSIÓN PÚBLICA Y SERVICIOS



Ministerio de  
Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación



SECRETARÍA  
DE ENERGÍA

ANSES

**EL FORMULARIO QUE ACOMPAÑA ESTE TROQUEL REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBIO SER CUMPLIMENTADO EN LETRA DE IMPRENTA SIN HABER OMITIDO, ENMENDADO NI FALSEADO NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**



Presidencia de la Nación