



AMEBPBA

Fecha: / /

DECLARACIÓN JURADA

(SOLICITUD DE BENEFICIO ENFERMO MENTAL CRÓNICO / GERIATRÍA)

Beneficiario: **Afiliado N°:** **Estado Civil:**

Ingreso Mensual: \$ (adjuntar fotocopia de recibos de haberes, últimos tres meses)

Afiliado Titular: **N°:** **Estado Civil:**

(EN CASO DE SER EL BENEFICIARIO)

Ingreso Mensual: \$ (adjuntar fotocopia de recibos de haberes, últimos tres meses)

DETALLAR GRUPO FAMILIAR DIRECTO (CONYUGE E HIJOS) DEL BENEFICIARIO:

Nombre y Apellido	Conviviente	Parentesco	Edad	Ocupación	Ingresos	Teléfono
	Si / No					
	Si / No					
	Si / No					
	Si / No					
	Si / No					
	Si / No					

(En caso de no alcanzar los renglones, continuar al dorso)

TIENE OTRA COBERTURA ASISTENCIAL (Obra Social o Prepaga)

SI - NO (tachar lo que no corresponda) – Cual ? :

IMPORTE TOTAL QUE SE ABONA POR LA PRESTACIÓN (Hogar, Cuidadora, Instituto Psiquiatrico, etc.)

\$ (..... pesos)

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y/O CUIDADORA (Nombre y Apellido, Domicilio, Teléfono, DNI cuidadora, etc.)

.....

LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Firma: Aclaración: N° de afiliado y/o DNI:
 y/o CUIT/CUIL