

ANSES

Form.
PS.3.5

Reclamo / Modificación de Datos Prestación por Desempleo

Frente

UDAI

Fecha

Formulario N°

Apellido/s y Nombre/s

Tipo y N° de Documento (*)

CUIL N°

(*) DNI, LC, LE.

Suspensión Rehabilitación

Reclamo Modificación de los siguientes datos consignados, para la

percepción de la prestación por desempleo:

Documentación Aportada : _____

EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER COMPLETADO SIN OMITIR, NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292 Y 293 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

Firma y Aclaración del Solicitante

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

ANSES

Form.
PS.3.5

Reclamo / Modificación de Datos Prestación por Desempleo

UDAI

Fecha

Formulario N°

Reclamo / Modificación : _____

Apellido/s y Nombre/s

Tipo y N° de Documento (*)

CUIL N°

(*) DNI, LC, LE.

Sr. Beneficiario : Conserve este talón para toda gestión referida a su trámite

Firma y Aclaración Recepción

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

DATOS PARA SER COMPLETADOS POR ANSES	Tipo y N° de Documento	N° Correlativo	N° Seguro

Datos a Modificar (Solo registrar el dato correcto con que se debe reemplazar el erróneo) Descuento Indebidas

Fecha de Cese	Fecha Inicio Trámite	Mejor Remuner. (\$)	Cant. Cuotas	Estado	%	Monto Original Deuda

Apellido/s y Nombre/s			CUIL N°		
Domicilio - Calle		Número	Piso	Depto.	C. Postal
Localidad				Suc. Banco	

Asignaciones

Cónyuge <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trabaja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Percibe Asignación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4">Coef. Zonal</th></tr> <tr><td style="width: 15px;">1</td><td style="width: 15px;">2</td><td style="width: 15px;">3</td><td style="width: 15px;">4</td></tr> </table>	Coef. Zonal				1	2	3	4	Prenatal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Meses
Coef. Zonal													
1	2	3	4										

Hijos Alta Baja

	Documento de Indentidad		Fecha de Nacimiento	Incap.		Men. 4	Escolaridad				
	Tipo	Numero		Si	No		Pre	1/3	4/6	7	M/S
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

Otro : _____

La/s modificación/es solicitada/s genera/n ajuste/s retroactivo/s Si No

Fecha ___ / ___ / ___	Fecha ___ / ___ / ___	Fecha ___ / ___ / ___	Fecha ___ / ___ / ___
Firma Recepción	Firma Operador	Firma Supervisor	Firma Autorizante

