



Declaración Jurada Complementaria de Ingreso de Grupo Familiar (DECRETO 1460/12)

**1- Datos del declarante**

Apellido/s			
Nombre/s			
Cuil/Cuit	____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	Fecha de Nacimiento:	__ / __ / ____
			Sexo(0): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Estado Civil (0)	<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> SOLTERO	<input type="checkbox"/> VIUDO	<input type="checkbox"/> SEPARADO	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO
E-MAIL					
Teléfono Fijo	Código de área: (                    )	Número:			
Teléfono Celular	Código de área: (                    )	Número:			

Provincia				
Partido				
Localidad				
Calle				
Altura		Piso:		Departamento:

**2- Otros Ingresos del declarante**

Tipo Relación (1)	Denominación (2)	CUIT Empleador	Ingreso Bruto (3)
		__ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	
		__ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	
		__ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	
		__ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	

**Referencias:**

- (0) Para el caso del dato "Sexo" y "Estado Civil" marcar con "X" la opción que corresponda.
- (1) Consignar DEPENDIENTE / INDEPENDIENTE
- (2) Para el caso de DEPENDIENTE especificar nombre y apellido o razón social del empleador, para el caso de INDEPENDIENTE aclarar si es MONOTRIBUTO o AUTONOMO especificando categoría.
- (3) Para el caso de DEPENDIENTE especificar importe bruto consignado en el recibo de sueldo (importes remunerativos y no remunerativos), para el caso de INDEPENDIENTE tomar la renta de referencia que corresponde a cada categoría según el siguiente esquema:

JUNIO 2019		ENERO 2019		Monotributistas	
Autónomos		Monotributistas		Categoría	Renta de referencia
Categoría	Renta de referencia	Categoría	Renta de referencia	F	\$57.553
I	\$6.683,15	A	\$11.510	G	\$69.063
II	\$9.356,37	B	\$17.265	H	\$95.922
III	\$13.366,30	C	\$23.021	I	\$112.708
IV	\$21.386,06	D	\$34.531	J	\$129.494
V	\$29.405,82	E	\$46.042	K	\$143.883
<a href="https://www.afip.gob.ar/autonomos/">https://www.afip.gob.ar/autonomos/</a>		<a href="https://www.afip.gob.ar/monotributo/categorias.asp">https://www.afip.gob.ar/monotributo/categorias.asp</a>			



### 3 - Datos del cónyuge o conviviente

Apellido/s					
Nombre/s					
Cuil/Cuit	__ - __ - __ - __ - __ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Conviviente	Fecha Desde (*)	Ingreso Bruto (3) \$			

**(\*) Fecha de casamiento en caso ser cónyuge, y fecha de inicio de convivencia en caso de ser conviviente.**

### 4 - Familiares a cargo

Apellido/s					
Nombre/s					
Cuil/Cuit	__ - __ - __ - __ - __ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parentesco	Discapacidad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - __ - __ - __ - __ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		

Apellido/s					
Nombre/s					
Cuil/Cuit	__ - __ - __ - __ - __ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parentesco	Discapacidad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - __ - __ - __ - __ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		

Apellido/s					
Nombre/s					
Cuil/Cuit	__ - __ - __ - __ - __ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parentesco	Discapacidad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - __ - __ - __ - __ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		

Apellido/s					
Nombre/s					
Cuil/Cuit	__ - __ - __ - __ - __ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parentesco	Discapacidad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - __ - __ - __ - __ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		

Apellido/s					
Nombre/s					
Cuil/Cuit	__ - __ - __ - __ - __ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parentesco	Discapacidad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - __ - __ - __ - __ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		

Apellido/s					
Nombre/s					
Cuil/Cuit	__ - __ - __ - __ - __ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parentesco	Discapacidad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - __ - __ - __ - __ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		



Apellido/s		Nombre/s				
Cuil/Cuit	__ - ____ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Parentesco		Discapacidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - ____ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Superior

Apellido/s		Nombre/s				
Cuil/Cuit	__ - ____ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Parentesco		Discapacidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - ____ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Superior

Apellido/s		Nombre/s				
Cuil/Cuit	__ - ____ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Parentesco		Discapacidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - ____ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Superior

Apellido/s		Nombre/s				
Cuil/Cuit	__ - ____ - __	Fecha de Nacimiento	__ / __ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Parentesco		Discapacidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
CUIL otro Progenitor (**)	__ - ____ - __	Escolaridad	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Superior

**(\*\*) Solo para el caso en que parentesco es hijo. Es solicitado para corroborar el cobro de la asignación por parte de un único progenitor.-**

**5 - Documentación que se acompaña (indicar con X)**

- Certificado de matrimonio
- Copia de actas de nacimientos (cantidad \_\_\_\_\_)
- Constancias de CUIL de hijos, cónyuge o conviviente y/o otro progenitor (cantidad \_\_\_\_\_)
- Copia de DNI de hijos, cónyuge o conviviente y/o otro progenitor (cantidad \_\_\_\_\_)
- Certificado/s de discapacidad (cantidad \_\_\_\_\_)
- Certificación negativa de ANSES del declarante y cónyuge o conviviente
- Certificado/s de escolaridad (cantidad \_\_\_\_\_)

**Otros certificados**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



**Declaración:**

Declaro NO percibir asignaciones familiares directamente de ANSES ni de otro organismo o Empresa, contempladas en normas vigentes nacionales, provinciales y municipales. Así también, NO estar percibiendo el otro progenitor de los hijos declarados, Asignaciones Familiares directamente de ANSES como de otro organismo o empresa, contempladas en normas vigentes nacionales, provinciales y municipales-.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL DECLARANTE

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recibido: \_\_\_\_\_

**NO COMPLETAR, uso interno del organismo.**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Sello

\_\_\_\_\_  
Firma