



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="radio"/> M <input type="radio"/> 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)
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

**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:

MARZO 2015	
Autónomos	
Categoría	Renta de referencia
I	\$2.215,49
II	\$3.101,68
III	\$4.430,99
IV	\$7.089,16
V	\$9.748,16
Según RG AFIP N° 44/2015	

JULIO 2015	
Monotributistas	
Categoría	Renta de referencia
B	\$4.000
C	\$6.000
D	\$8.000
E	\$12.000
F a L	\$16.000 o mayor
Según RG AFIP N° 3775/2015	



### 3 - Datos del cónyuge o conviviente

Apellido/s				
Nombre/s				
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	<input type="text"/>	

Apellido/s		Nombre/s		
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	<input type="text"/>	

Apellido/s		Nombre/s		
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	<input type="text"/>	

Apellido/s		Nombre/s		
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	<input type="text"/>	

Apellido/s		Nombre/s		
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	<input type="text"/>	

Apellido/s		Nombre/s		
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	<input type="text"/>	



# CAJA DE RETIROS, JUBILACIONES Y PENSIONES

de las Policías de la Provincia de Buenos Aires

Calle 48 N° 502 Tel (0221) 423-2611 (1900) La Plata

Ministerio de Seguridad  
Buenos Aires Provincia

Apellido/s		Nombre/s	
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	

Apellido/s		Nombre/s	
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	

Apellido/s		Nombre/s	
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	

Apellido/s		Nombre/s	
Cuil/Cuit		Fecha de Nacimiento	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Parentesco		Discapacidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
CUIL otro Progenitor (**)		Escolaridad	

(\*\*) 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

- 
- 
-



**CAJA DE RETIROS, JUBILACIONES Y PENSIONES**

de las Policías de la Provincia de Buenos Aires

Calle 48 N° 502 Tel (0221) 423-2611 (1900) La Plata

Ministerio de Seguridad  
Buenos Aires Provincia

**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:

Fecha:

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

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

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

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

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

Sello

\_\_\_\_\_  
Firma