

**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 ProvinciaDeclaración 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:

ENERO 2019	
Autónomos	
Categoría	Renta de referencia
I	\$5.396,58
II	\$7.555,17
III	\$10.793,16
IV	\$17.269,03
V	\$23.744,91
Según RG AFIP N°	

ENERO 2019	
Monotributistas	
Categoría	Renta de referencia
A	\$11.510,66
B	\$17.265,99
C	\$23.021,33
D	\$34.531,99
E a K	\$46.042,66 o mayor
Según RG AFIP N°	



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