



Form.
PS.2.72

**Reclamos Generales para los
Sistemas SUAF y UVHI**

Frente

Código Dependencia	UDAI
--------------------	------

Sistema Liquidador UVHI SUAF Fecha

Datos del Titular

CUIL	Número de Documento
Apellido/s y Nombre/s	
Correo Electrónico :	Teléfono de contacto :

Tipo Reclamo

<input type="checkbox"/> Ajuste	Periodos: _____	Trámite Número
<input type="checkbox"/> Impago	Periodos: _____	
<input type="checkbox"/> Medio de Pago		

Rubro I - Motivo del Reclamo

Control a Nivel de la Empresa (CUIT) _____

Control a Nivel del Titular (CUIL) _____

Control a Nivel de las Prestaciones, Personas y Relaciones

Prenatal / Asignación por Embarazo Maternidad Maternidad Down Hijo / Asignación Universal por Hijo

Hijo con Disc. / Asignación Universal por Hijo con Disc.

Ayuda Escolar Otro _____

Datos de Relaciones a Cargo

CUIL	Apellido/s y Nombre/s	Relación	CUIL Otro Progenitor	Apellido y Nombre otro Progenitor



Form.
PS.2.72

**Reclamos Generales para los
Sistemas SUAF y UVHI**

Código Dependencia	UDAI
--------------------	------

Datos del Titular

CUIL Titular	Número de Documento	Apellido/s y Nombre/s
--------------	---------------------	-----------------------

Sistema	Tipo Reclamo	Trámite Número
UVHI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ajuste Periodos: _____	
SUAF <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Impago Periodos: _____	
	<input type="checkbox"/> Medio de Pago	

Constancia de Recepción

Fecha y Sello de Recepción de ANSES

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Rubro 2 - Medio de Pago

Agente Pagador

Provincia _____ Localidad _____ Código Postal _____

CBU (sólo titulares SUAF)

Número de CBU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rubro 3 - Firmas (sólo titulares de SUAF)

Firma y Aclaración de Firma o Impresión Dígito Pulgar
Derecho del Titular

Firma y Aclaración de Firma o Impresión Dígito Pulgar
Derecho del Representante

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Fecha y Sello de Recepción de ANSES

Rubro 4 - Declaración Jurada (sólo titulares de UVHI)

Declaro bajo juramento que los menores de 18 años y discapacitados detallados precedentemente se encuentran a mi exclusivo cargo, son argentinos, nativos o por opción, naturalizados o extranjeros con residencia legal en el país no menor a 3 años, ni están emancipados, comprometiéndose a acreditar el cumplimiento de los controles sanitarios, plan de vacunación obligatorio y concurrencia de los mismos a establecimientos educativos, según corresponda.

Declaro bajo juramento que mi grupo familiar, es decir los menores de 18 años y discapacitados detallados precedentemente, el otro progenitor y yo, cumplimos con todos los requisitos establecidos en el Decreto N° 1602/09, el Decreto 446/11 y sus normas reglamentarias para el cobro de esta Asignación Universal y ninguno de nosotros nos encontramos alcanzados por las incompatibilidades detalladas en el Artículo 9° del mencionado decreto.

Asimismo me notifico que si fuera comprobada la falsedad de alguno de los datos declarados en la presente se producirá la pérdida de la Asignación Universal, independientemente de las sanciones que puedan corresponder por falseamiento de datos, según las normas vigentes y del recupero que ANSES disponga.

Firma y Aclaración de Firma o Impresión Dígito Pulgar
Derecho del Titular

Fecha y Sello de Recepción de ANSES

Instrucciones

Este formulario se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.

Los titulares de ambos sistemas liquidadores deben cumplimentar: los datos del titular, tipo de reclamo, Rubro 1 y Rubro 2 de corresponder.

Titular del Sistema SUAF: consigna la firma en el Rubro 3.

Titular del Sistema UVHI: consigna firma en el Rubro 4 junto con la Declaración Jurada de Compatibilidad, según los requisitos establecidos en el Decreto 1602/09.

Rubro 2: en caso de solicitar el cambio de Medio de Pago por una CBU deberá adjuntar constancia emitida por el banco o resumen bancario con detalle de CUIL/CBU.

El reclamo puede ser efectuado ante ANSES por el titular, por el Empleador, o por una tercera persona a la que se denomina Representante (solamente titulares SUAF).

Titular														
Apellido/s y Nombre/s	Número de Documento <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													

Representante														
Apellido/s y Nombre/s	Número de Documento <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													

Firma Titular

Firma Representante