



**B.- Beneficiario/a de la siguiente Ley Reparatoria Nacional**

Beneficio Ley 24.043

Beneficio Ley 25.914

Beneficio Ley 26.564

N° de Expediente Administrativo: .....

Resolución Ministerial N°..... de fecha .....

**C.- No Beneficiario/a de las leyes mencionadas**

**DATOS DE PRIVACIÓN ILEGAL DE LA LIBERTAD**

Detención	Edad al momento de la Detención: .....
Lugar de Detención: .....	
Periodo de Detención : de	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> hasta <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>

Personas con las que estuvo Detenida (Apellido y Nombre):.....  
.....

**D.- Medios de Prueba de la Detención que denuncia (puede adjuntar relato de los hechos):**

1)
2)
3)
4)
5)

**E.- Banco donde desea Percibir la prestación .....**

**F.- Titular de otro beneficio**

**Indique si percibe, pensión graciable o no contributiva, subsidio honorífico, beneficio vitalicio u otra prestación de la misma naturaleza, con motivo de haber sido detenido por razones políticas, gremiales y/o estudiantiles hasta el 10 de diciembre de 1983 u otros beneficios o subsidios no contributivos de carácter nacional, provincial o municipal de cualquier tipo o naturaleza.**

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CUAL	<input type="text"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CUAL	<input type="text"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CUAL	<input type="text"/>

.....  
**Firma del Solicitante**

Declaro bajo juramento la autenticidad de lo expresado ut supra, percibir / no percibir (tachar lo que no corresponda) otro beneficio por mi condición de privado de libertad por causas políticas, gremiales o estudiantiles y me comprometo a comunicar a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) todo cambio de mi situación.

Declaro bajo juramento la autenticidad de lo expresado ut supra, percibir / no percibir (tachar lo que no corresponda) otro beneficio o subsidio no contributivo de carácter nacional, provincial o municipal de otro tipo o naturaleza y me comprometo a comunicar a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) todo cambio de mi situación.

Tomo conocimiento de que la autoridad competente verificará periódicamente la no existencia de incompatibilidades.

El beneficio previsto por la Ley 26.913 es incompatible con la percepción de toda otra prestación actual o futura de carácter nacional, provincial, municipal, derivada de la misma situación. En caso contrario el beneficiario deberá optar por una de ellas. (Artículo 2° Ley 26.913).

.....  
**Lugar y Fecha**

.....  
**Firma y Aclaración del Solicitante**

Certifico que los datos personales del solicitante consignados en la presente, son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indica/n y que tuve a la vista y que la firma estampada fue colocada en mi presencia.

**Lugar y Fecha** .....

.....  
Firma Aclaración y Cargo

---

---

⇒ *Deberá acompañar a la presente fotocopia del Documento de Identidad o Pasaporte si es extranjero*

Únicamente podrán certificar funcionarios de la ANSES, Juez, Secretario de Paz del Fuero Civil, Comercial o de la Seguridad Social, Federal o Provincial, Escribano y Directores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios o Geriátricos Nacionales Provinciales, Municipales o Privados, estos últimos en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción

El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172, 275, y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.