

FORMULARIO DE SOLICITUD COMPLEMENTARIO DE HOGARES**(Receptor de señales digitales para TDT / TDH)**

El presente Formulario deberá ser completado por aquellas personas, que por sus características socio- económicas consideren que revisten el carácter de beneficiario, como ser:

- Jubilados y/o pensionados con haberes mínimos provinciales y/o locales
- Beneficiarios de Planes Sociales provinciales y/o locales.
- Todo aquel interesado que considere pertinente la solicitud.

EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBIENDO SER COMPLETADO SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO.

Atención: Este formulario se debe completar en letra imprenta mayúscula sin tachaduras ni enmiendas.

1. Datos del Solicitante

CUIT/CUIL: - -

Nombres

Apellidos

Nacionalidad

Tipo Doc Nro. Documento

Sexo Masculino Femenino Estado Civil

Ocupación

Máximo nivel educativo completo

Domicilio – Calle o Ruta

Número o Km Piso Dpto

Cód. Postal

Localidad

Municipio/Partido/Comuna

Provincia

Otros Datos

Teléfono

2. Integrantes del Grupo Conviviente (Aclaración: No consignar datos del Titular del Hogar; En "ocupación" si algún integrante se encuentra en edad escolar indicar "Si", en el caso que asista a la escuela/ colegio/ Universidad.)

| N° | 2.1 Nombre y Apellido | 2.2 Tipo y N° de Documento | 2.3 Ocupación | 2.4 Relación de parentesco con jefe de hogar |
|----------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |

3. Datos Socio-económicos

3.1. Ingreso **neto mensual** de **todos** los miembros del hogar (Aclaración: Indicar en números cantidad de \$)

Ingreso total en \$:

4. Usted percibe algún ingreso económico de carácter provincial y/o local?

4.1. Especificar Plan/Programa e Institución que lo otorga. (Aclaración: Indicar con una cruz y detallar según corresponda)

Jubilación Institución que la otorga

Pensión Institución que la otorga

Otro (Especificar)

5. Usted ¿ Es beneficiario de algún programa y/o Plan Social de carácter provincial y/o local?

5.1. Especificar Plan/Programa e Institución que lo otorga. (Aclaración: Indicar con una cruz y detallar según corresponda)

Nombre

6. Condición de la vivienda

6.1 La vivienda que su grupo familiar ocupa es (Aclaración: Indicar con una cruz y detallar según corresponda)

Propia Prestada Alquilada Ocupada de hecho Cedida por trabajo

Otro (Especificar)

6.2 Cantidad de ambientes que posee la vivienda (Aclaración: Indicar en números cantidad de ambientes)

Cantidad ambientes:

6.3 ¿Su vivienda posee retrete con descarga de agua? (Aclaración: Indicar con una cruz según corresponda)

Si No

6.4 La vivienda que habita ¿Forma parte de alguno de los siguientes Planes o Programas de vivienda? (Aclaración: Indicar con una cruz y detallar según corresponda)

FONAVI PRO.ME.BA Planes Federales

Otro (Especificar)

7. Cobertura de salud (Aclaración: Indicar con una cruz según corresponda)

7.1 Usted posee:

Obra Social Especificar cual

Prepaga Especificar cual

Ninguna (Concorre a Hospital Público)

Otro (Especificar)

7.2 Alguno de los miembros de la vivienda ¿Se encuentran comprendido en alguna de estas situaciones? (Aclaración: Indicar con una cruz según corresponda; y sólo en el caso de padecer discapacidad o enfermedad crónica.)

Discapacidad SI NO Especificar Enfermedad crónica SI NO Especificar

Declaro bajo juramento que la información consignada en la presente es correcta y completa, y ha sido confeccionada sin omitir ni falsear dato alguno siendo fiel expresión de la verdad. Solo podrá recibir el receptor de Televisión Digital Terrestre en el domicilio denunciado.

.....
SELLO DE SUCURSAL C.A......
Firma y aclaración del solicitante

Cortar aquí

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Deberá acompañar con el presente Formulario de Solicitud la siguiente documentación:

1 Copia del DNI, LC, LE, según corresponda, del solicitante.

1 Copia de toda Documentación que considere pertinente que avale la presente Solicitud en carácter de solicitante del beneficio.

Ejemplo: Comprobante de cobro de haberes, Comprobante certificado de discapacidad, etc.

IMPORTANTE

LAS NORMAS LEGALES EN VIGOR PROHIBEN LA DOBLE PERCEPCIÓN DEL BENEFICIO.

NO SE PODRÁN PERCIBIR EN EL MISMO DOMICILIO MÁS DE UNA VEZ Y EN LA CANTIDAD ESTIPULADA EL BENEFICIO DE OTORGAMIENTO DE RECEPTORES DE SEÑALES DIGITALES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD NO IMPLICA EL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO NI GENERA NINGUNA OBLIGACIÓN POR SI MISMA.

LOS DATOS CONSIGNADOS JUNTO CON LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA SERÁN ANALIZADOS Y CONVALIDADOS POR LOS ORGANISMOS Y/O ENTES PÚBLICOS COMPETENTES PARA LA POSTERIOR ASIGNACIÓN DEL BENEFICIO EN EL CASO DE CORRESPONDER.

EN EL CASO DE OBTENER EL CARÁCTER DE BENEFICIARIO, CONTRA ENTREGA DEL RECEPTOR DE SEÑALES DIGITALES, DEBERÁ SUSCRIBIRSE LA ADHESIÓN AL PLAN PARA OBTENER EL MISMO, EN COMODATO.

EL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO ESTÁ SUJETO A DICHA SITUACIÓN, MOTIVO POR EL CUAL, EN CASO DE DENEGATORIA RESPECTO A LA SUSCRIPCIÓN ANTES MENCIONADA, NO SE LE OTORGARÁ EL EQUIPO.

Para realizar cualquier consulta sobre la presente solicitud **contactarse al número telefónico 130 Centro de Atención Telefónica de ANSeS, al número telefónico 0-800-888-MiTV (6488) o en el sitio www.mitvdigital.gob.ar**