



N°.....

**SOLICITUD DE PAGO  
SUBSIDIO FAMILIAR**

(Por hijos menores a funcionarios que perciben igual o menor al salario mínimo)

**Datos del funcionario solicitante:**

Solicita por 1ra vez:  Si  No

Vínculo Laboral:  Permanente  Comisionado

Nombres y Apellidos:..... C.I.N°:.....

Dependencia:..... Cargo:.....

Circunscripción Judicial..... Interno:.....

E-mail:..... Celular:.....

**Datos del/la esposo/a – concubino/a**

Nombres y Apellidos:..... C.I.N°:.....

Lugar de trabajo:.....

**Datos del/los hijo/os**

Cantidad de hijos que posee: ..... ¿Cuántos menores de 18 años? .....

| Nombres y Apellidos | C. I. N° | Fecha de Nacimiento |
|---------------------|----------|---------------------|
| 1-                  |          |                     |
| 2-                  |          |                     |
| 3-                  |          |                     |

**Requisitos**

- Copia simple de Cédula de Identidad vigente del funcionario (padre o madre).
- Copia autenticada de Cédula de Identidad vigente del hijo/os.
- Certificado de nacimiento del hijo/os, original o copia autenticada.

**Para los casos que correspondiere:**

- Constancia de Presentación de documentación completa emitida por el Departamento de Legajos.
- Formulario de Acuerdo de designación de beneficiario firmado por ambos progenitores.
- Copia autenticada por escribanía de la Sentencia Judicial que determine la Adopción.
- Copia autenticada de la Resolución que aprueba el Comisionamiento Interinstitucional.
- Constancia de no percibir el presente Subsidio emitida por la Institución de Origen.

**Los datos consignados en la presente solicitud poseen carácter de Declaración Jurada; por lo que firmo al pie de la misma asumiendo la responsabilidad por la veracidad de esta información.**

**Datos de Recepción**

Fecha de recepción: ...../...../.....

.....  
Firma del funcionario solicitante

.....  
Firma del funcionario receptor