

Frente

Los campos en gris serán completados por personal de ANSES. Distribución gratuita.

Novedades Recategorización

Fecha de presentación		
Día	Mes	Año

Datos de la persona titular

Apellido/s	Nombre/s	CUIL / CUIT

Datos de la / del empleador /a (completar si se encuentra en relación de dependencia)

CUIT	Razón social	Sit. de rev. (1)

Datos de la Obra Social actual

Código	Denominación

Datos de la Obra Social a recategorizar (completar solo en caso de recategorización)

Código	Denominación

Datos del grupo familiar para la Obra Social

1	CUIL / CUIT	Apellido/s	Nombre/s
	Documento de identidad Tipo Número	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Código de parentesco
	¿Con discapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Estudia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Marca de Obra Social Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	Fecha Día Mes Año	Novedad ADP
	Inicio de relación	Finaliza relación	Fecha Día Mes Año
2	CUIL / CUIT	Apellido/s	Nombre/s
	Documento de identidad Tipo Número	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Código de parentesco
	¿Con discapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Estudia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Marca de Obra Social Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	Fecha Día Mes Año	Novedad ADP
	Inicio de relación	Finaliza relación	Fecha Día Mes Año
3	CUIL / CUIT	Apellido/s	Nombre/s
	Documento de identidad Tipo Número	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Código de parentesco
	¿Con discapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Estudia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Marca de Obra Social Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	Fecha Día Mes Año	Novedad ADP
	Inicio de relación	Finaliza relación	Fecha Día Mes Año
4	CUIL / CUIT	Apellido/s	Nombre/s
	Documento de identidad Tipo Número	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Código de parentesco
	¿Con discapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Estudia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Marca de Obra Social Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	Fecha Día Mes Año	Novedad ADP
	Inicio de relación	Finaliza relación	Fecha Día Mes Año

Formulario PS. 5.3 (dorso)

Este formulario tiene carácter de declaración jurada. Debe completarse sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a las personas infractoras a las penalidades previstas en los Artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documento público.

Quien suscribe _____

en calidad de _____

certifica que la firma precedente corresponde a la persona declarante y fue puesta en mi presencia, acreditando identidad con N° _____

Firma de la / del titular/representante

Firma y documento persona certificante

Fechador y firma

(1) Tabla de situación de revista

- 00. Percibe haberes regularmente
- 01. Contrato temporario
- 25. Autónomo/a o monotributista
- 26. Trabajador/a de casas particulares suspendido/a con derecho a Obra Social
- 10. Maternidad
- 11. Período de reserva por enfermedad
- 12. Período de reserva por accidente suspendido/a, sin derecho a Obra Social
- 20. Excedencia
- 21. Licencia extraordinaria
- 22. Receso contrato por temporada
- 23. Licencia gremial
- 24. Otras suspensiones por más de tres meses

(2) Tabla de parentesco

- 00. Titular
- 01. Cónyuge
- 02. Conviviente
- 03. Hija/o soltera/o menor de 21 años
- 04. Hijo soltero de entre 21 y 25 años inclusive y que cursa estudios regulares
- 05. Hija/o de cónyuge soltera/o menor de 21 años
- 06. Hija/o de cónyuge soltera/o de entre 21 y 25 años inclusive y que cursa estudios regulares
- 07. Niña, niño o adolescente bajo guarda o tutela
- 08. Hijo/a propio/a o de cónyuge con discapacidad