



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

■ TETĀ REKUĀÍ
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE HIJOS DISCAPACITADOS
RESOLUCION CAN° 080-012/18 DEL 20 DE NOVIEMBRE DEL 2.018

SOLICITUD N°:

FECHA:

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|------|----|
| GPE / MESA DE ENTRADA | SOLICITANTE: | | CIN°: | | |
| | RELACION CON EL MENOR: | RES.CAN° 080-012/18. ART. 2° ITEM 1.2.: | | | |
| | | PRESENTA SD: | SI | NO | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS DEL MENOR: | | | | |
| | FECHA NAC.: | SEXO | EDAD ACTUAL: | CIN° | |
| | DOMICILIO DONDE RESIDE EL MENOR: | | | | |
| | PRESENTA CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL: | | | SI | NO |
| | PRESENTA CERTIFICADO EXPEDIDO POR LA SENADIS CON TIPO Y GRADO DE DISCAPACIDAD | | | SI | NO |
| | DECLARACION JURADA DEL SOLICITANTE: a. QUE LOS DATOS DECLARADOS SON CORRECTOS. b. QUE LAPRESENTACION SE HACE ANTES DE LA MAYORIA DE EDAD. c. QUE EL MENOR RESIDE CON Y DEPENDE ECONOMICAMENTE DEL COTIZANTE TITULAR. d. QUE EL MENOR ES DE ESTADO CIVIL SOLTERO. | | FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA | | |
| | EL APORTE OBRERO PATRONAL DEL COTIZANTE TITULAR SE ENCUENTRA AL DIA | | | SI | NO |
| | EL MENOR ESTUVO INSCRIPTO EN EL SEGURO SOCIAL COMO ASEGURADO FAMILIAR MENOR DE EDAD. | | | SI | NO |
| | CUANDO EL SOLICITANTE ES UN JUBILADO: LA SOBREVIVENCIA SE ENCUENTRA VIGENTE | | | SI | NO |
| CON LOS DATOS PRECEDENTES COMPLETADOS SATISFACTORIAMENTE, RECABAR INFORME SOCIAL EXIGIDO POR EL ART. 2° ITEM 3 DE LA RES.CAN° 080.012/18. | | | | | |
| AGREGADO EL INFORME SOCIAL, REMITASE A LA DIRECCION DE RIESGOS LABORALES / DPTO. DE GESTION MÉDICA LABORAL, CONFORME ART. 2° ITEM 4 DE LA RES.CAN° 080-012/18 | | | | | |
| JUNTA MEDICA | CONSTITUYE UNA CONDICION INCAPACITANTE | | | SI | NO |
| | CARÁCTER IRREDUCTIBLE E IRRECUPERABLE ABSOLUTO | | | SI | NO |
| | FIRMAS MEDICOS LABORALES | | | | |
| CON EL INFORME DE JUNTA MEDICA LABORAL EXIGIDO POR EL ITEM 4, REMITASE AL EXPEDIENTE A DIRECCIÓN JURÍDICA PARA CUMPLIMIENTO DEL ITEM 5 DE LA RES.CAN° 080-012/18: | | | | | |
| DJ | DICTAMEN N° _____/FECHA: _____ / FAVORABLE A LA CONTINUIDAD: | | | SI | NO |
| HABIENDOSE COMPLETADO EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO POR LA RES. CAN° 080-012/18, CORRESPONDE COMUNICAR A LA GF/DIRECCION DE APORTE OBRERO PATRONAL, Y A LA GERENCIA DE SALUD, LA RESOLUCION PR/GPEN° _____, POR LA QUE SE RESUELVE: | | | | | |
| GPE | DENEGAR LA CONTINUIDAD POR NO AJUSTARSE A LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA RESOLUCION CAN° 080-012/18 | | | | |
| | AUTORIZAR LA CONTINUIDAD EN EL SEGURO MEDICO DEL HIJO DISCAPACITADO, HASTA FECHA _____, EN QUE DEBERÁ SER REEVALUADO. | | | | |
| GERENTE GERENCIA DE PRESTACIONES ECONOMICAS | | | | | |



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

■ TETÃ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

GERENCIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SEGURO SOCIAL

CROQUIS DE DOMICILIO PARTICULAR

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

REFERENCIAS:

TITULAR: _____ | **C.I.N.º:** _____ |

BENEFICIARIO: _____ | **C.I.N.º:** _____ |

TELÉFONOS: _____ |

_____ |

_____ |