

1. ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE:

2. REGION SANITARIA:

3. APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS DEL SOLICITANTE:

4. FECHA DE NACIMIENTO:

5. NACIONALIDAD:

6. FECHA DE INGRESO AL PAIS:

7. SEXO

VAR 1

MUJ 2

8. DOC.

L.E. 1

L.C. 2

D.N.I. 3

C.I. 4

OTROS 5

9. ESTADO CIVIL:

Casado 1

Soltero 2

Viudo 3

Separado de hecho 4

Separado Legal 5

Concubino/a 6

10. DOMICILIO ACTUAL: Calle:.....N°.....entre.....

10.1. Localidad:.....

Partido:.....

Desde

MES

AÑO

11. DOMICILIO ANTERIOR: Calle:.....N°.....entre.....

11.1. Localidad:.....

Partido:.....

Desde

MES

AÑO

12. ANTECEDENTES LABORALES DEL SOLICITANTE EMPLEADOR

12.1. EMPRESA Y REPART.	12.2. CAUSA DE LA INACTIVIDAD	12.3. TAREA	12.4. DESDE			12.5. HASTA			12.6. SEGURO	12.7. JUICIO LAB
			D	M	A	D	M	A		

13. DATOS DE CONYUGE O CONCUBINO/A

13.1. Apellido y Nombres Completos:.....

13.2. Fecha de Nacimiento:

13.3. Nacionalidad:

13.4. Sexo:

Varón 1

Mujer 2

13.5. Fecha de ingreso al país:

13.6. Documento:

L.E. 1

L.C. 2

D.N.I. 3

C.I. 4

OTROS 5

N°

13.7. Trabaja en relación de dependencia?

Sí 1

No 2

Dónde?.....

13.8. Desde:

13.9. Posee beneficios sociales?

Sí 1

No 2

Cuál?.....

COMISION LEY 10.436 - AMPARO DEL ENFERMO TUBERCULOSO - PROGRAMA CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
DIRECCION PROVINCIAL DE MEDICINA SANITARIA

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	EST. CIVIL	N° DOC.	SUELDO/BENEF. SOCIAL

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SON VERDADEROS, Y CUALQUIER MODIFICACIÓN DE LOS MISMOS SERÁ COMUNICADA AL CORRESPONDIENTE TRABAJADOR SOCIAL, ASI COMO TODO TRAMITE VINCULADO CON LA SEGURIDAD SOCIAL. EL PLAZO PARA EFECTUAR DICHA COMUNICACIÓN ES DE 48 HORAS.

ADEMAS DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY 10.436 EN EL ARTICULO 8°, QUE ESTABLECE LA OBLIGACIÓN DE CUMPLIR LOS EXÁMENES, CONTROLES Y TRATAMIENTOS QUE ME SEA IMPUESTOS, Y QUE SU INCUMPLIMIENTO DARA LUGAR A LA PERDIDA DEL BENEFICIO.

.....
LUGAR Y FECHA FIRMA DEL SOLICITANTE

Autorización para el cobro del beneficio por un familiar:

Por la presente solicitud que en el caso que me sea otorgado el beneficio, y con el motivo de la imposibilidad de desplazarme hasta el lugar de cobro, se permita recibirlo a:.....
Documento N°:que es mi.....(indicar parentesco) a quien autorizo a efectuar el cobro por mí.

.....
Lugar y fecha Firma autorizante

Constancia del médico tratante y trabajador social:

Por la presente hacemos constar que el Sr./Sra:.....
Documento de Identidad N°:.....se encuentra en condiciones de ser considerado para el otorgamiento del subsidio establecido por la Ley 10.436, en mérito a la historia clínica y encuesta social que se adjunta a la presente.

.....
Lugar y fecha Firma autorizante

FECHA DE ELEVACION.....RECIBIDA EN REGION SANITARIA.....