

Fecha / /

CONTROL DE OPCIONES

REF: SOLICITUD DE UNIFICACIÓN DE APORTES ENTRE CÓNYUGES

Por la presente me dirijo a usted a fin de solicitarle la unificación de aportes entre cónyuges.

Mi nombre es _____ DNI _____

MARCAR SEGÚN CORRESPONDA

Trabajo en relación de dependencia, para la empresa _____

Como Monotributista Como Servicio Doméstico Soy Jubilado/a o pensionado/a
Mi Obra Social es _____ RNOS _____

El nombre de mi cónyuge/concubino/a es _____ DNI _____

MARCAR SEGÚN CORRESPONDA

Trabaja en relación de dependencia, para la empresa _____

Como Monotributista Como Servicio Doméstico Es Jubilado/a o pensionado/a
Su Obra Social es _____ RNOS _____

Mi dirección es _____ Código Postal _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono (0 _____) _____

Con motivo de gozar los mismos beneficios y concentrar los aportes en uno de los agentes de seguro de la salud según lo establece el capítulo III del Dto. 292/95 y en virtud del art.1 de la Ley 23.660 inc.

a), b), c), y h) que establece la posibilidad de unificación de aportes entre cónyuges es que solicitamos que los mismos se unifiquen en _____

Saluda atte:

FIRMA TITULAR _____ FIRMA CONYUGE _____

Adjunto fotocopia de la siguiente documentación de ambos:

-DNI (Frente y dorso)

-Certificado de Matrimonio o concubinato (que acredite el vínculo)

Y además según corresponda:

-Relación de Dependencia: Certificado Laboral con la Obra Social de la rama de la actividad o en su defecto recibo de sueldo (fotocopia) con la misma constancia que el certificado laboral.

-Monotributista: F184. F152. Último comprobante de pago (mes en curso).

-Monotributista Social: (fotocopia) Inscripción en el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social. Último comprobante de pago (mes en curso).

-Servicio Doméstico: (fotocopia) F102. Afip. Último comprobante de pago (mes anterior).

- Jubilado o Pensionado: (fotocopia) Último recibo de haberes.