

ANSESForm.
PS.I.47**Asignación Universal - Acreditación de datos
de salud, vacunación y educación****Menor:**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CUIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Indique la edad de la/ del menor _____

Responsable:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CUIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Domicilio de la/ del responsable:

Calle: _____

Número: _____

Piso: _____

Depto: _____

Código postal: _____

Apellido y nombre

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

Apellido y nombre

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

Localidad: _____

Provincia: _____

Teléfono: _____ Es celular?

Email: _____

Fecha

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

Firma y aclaración de la/
del adulta/o responsable_____
Intervención ANSES

NO RECORTAR

Vacunas y controles de salud

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CUIL de la/ del menor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Cumple con el/los controles de salud para su edad

Nombre del establecimiento de salud

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

Código de establecimiento

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

Apellido y nombre de la/ del profesional certificante

Tipo de matrícula Número de matrícula

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

Fecha

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

Firma y sello profesional certificante**Esquema de vacunación para la edad**Completo En curso

Nombre del establecimiento de salud

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

Código de establecimiento

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

Apellido y nombre de la/ del profesional certificante

Tipo de matrícula Número de matrícula

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

Fecha

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

Firma y sello profesional
certificante**Educación**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CUIL de la/ del menor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

N° de Código Único del establecimiento (CUE)

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

Nombre del establecimiento educativo:

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

Gestión:Estatal Nivel inicial Privada Primario Otra Secundario Otro ¿Es alumna/o regular en el presente ciclo 20 ?Sí No Grado/Año ¿Fue alumna/o regular en el anterior ciclo 20 ?Sí No

Fecha

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

Firma y sello de la autoridad
del establecimiento_____
Intervención ANSES

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y DE RELACIONES

PERSONA

Argentinas/o o extranjeras/os con residencia permanente en el país

DNI (original o copia certificada).

ACREDITACIÓN VINCULOS CON EL TITULAR DE AUH

Hija/o nacida/o en Argentina

Acta, Partida o Certificado de Nacimiento (original o copia certificada) (**).

Hija/o nacida/o en el extranjero

Acta, Partida o Certificado de Nacimiento Traducido y Legalizado o Apostilla (original o copia certificada).

Tenencia de Hija/o

Testimonio o sentencia del Acuerdo de Partes realizado ante un/a mediador/a matriculado/a por el Ministerio de Justicia de la Nación, o ante Escribano/a Público/a o ante la Justicia competente, Formulario PS.2.46 “Conformidad de Tenencia”, o Acuerdo Privado con firma certificada por Escribano/a Público/a, entidad bancaria o autoridad judicial competente, o Información Sumaria Judicial (original o copia certificada).

También se encuentra vigente la presentación de un Informe emitido por el Ministerio de Desarrollo Social.

Guarda

Testimonio o sentencia del Certificado de Guarda expedido por autoridad judicial (original o copia certificada).

Tutela

Testimonio o sentencia del Certificado de Guarda expedido por autoridad judicial (original o copia certificada).

Tutela Legal

Corresponde a progenitores menores de 18 años, cuando sus hijos/as están sujetos a la tutela de sus abuelos/as.

Partida de Nacimiento de cada uno de los/as progenitores menores; Partida de Nacimiento del/ de la nieto/a e Información Sumaria de Convivencia con los/las abuelos/as (original o copia certificada).

Adopción

Testimonio de la sentencia de Adopción (original o copia certificada).

A cargo Asignación Universal (original o copia certificada)

Información Sumaria Judicial o Informe emitido por el Ministerio de Desarrollo Social donde se indique:

- la relación de consanguinidad entre ambos/as (tío/a – abuelo/a – hermano/a).
- la convivencia con el/la menor o mayor discapacitado/a.
- que se encuentra a su cargo.
- que no existe guardador/a, tutor/a o curador/a designado/a judicialmente.
- la fecha de inicio de la relación.

(**) Si no es posible presentar las partidas exigidas, se admite la presentación de la documentación complementaria autorizada por la Ley N° 18.327.

¿CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO?

- Utilizar en lo posible tinta negra. De no ser así, se podrá utilizar tinta azul.
- Las firmas deberán ser claras.
- No tachar, borrar ni enmendar el formulario.

EDUCACIÓN

Deberá acercarse al establecimiento educativo donde concurre el niño/a o adolescente para que le completen los datos correspondientes a “Educación” y certifiquen el cumplimiento del ciclo lectivo. Este ítem es obligatorio para los/las mayores de 5 años que no posean una discapacidad.

VACUNAS Y CONTROLES DE SALUD

Deberá presentarse en el hospital o establecimiento de salud más cercano a su domicilio, para que los/las profesionales le certifiquen el cumplimiento de los controles sanitarios y del plan de vacunación, completando los datos correspondientes del ítem.

Los niños/as menores de 6 años deben estar inscriptos en el Programa SUMAR.