

**FORMULARIO DE INICIO PRESTACIÓN POR DESEMPLEO LEY 25.191 (MODALIDAD EXCEPCIONAL)**

**DATOS DEL SOLICITANTE:**

**Apellido:**

**Nombre:**

**Nro. de DNI:**

**Nro. de CUIL:**

**Domicilio:**

**Localidad:**

**Nacionalidad:**

**Estado civil:**

**Código Postal:**

**Correo electrónico:**

**Celular de contacto (OBLIGATORIO):**

**Razón social y CUIT empleador:**

**Tarea realizada por el trabajador:**

**Modalidad de pago prestación (marcar con una x lo que corresponda):**

( ) Opción 1: Para el caso que se declare CBU de titularidad del solicitante de la prestación

**Consignar los 22 dígitos del número de CBU:**

( ) Opción 2: Solicito apertura de una cuenta para el cobro de la prestación

**Consignar sucursal bancaria BNA de radicación de cuenta (PARA RETIRO DE LA TARJETA DE DEBITO):**

*1. Apertura de cuenta bancaria. Consentimiento: Presto expreso consentimiento en los términos del Art. 260 del CCCN, a los fines de facultar al RENATRE para que proceda a requerir al Banco de la Nación Argentina, la apertura de una cuenta bancaria y asignación de CBU, a mi nombre y titularidad, con el objetivo de efectuar en dicha cuenta el pago del beneficio prestacional requerido en el marco del art. 1027 del CCCN. La solicitud por parte del RENATRE de apertura de cuenta bancaria, queda supeditada a la aprobación y/o otorgamiento de la prestación por desempleo solicitada, luego de efectuarse la verificación por parte del RENATRE de la acreditación de los requisitos establecidos por la Resolución RENATRE N°68/17 y sus anexos, por parte del peticionario del beneficio. 2. **Conclusión del trámite.** Las cuentas bancarias cuya apertura se hubiese gestionado conforme el procedimiento previsto en el punto que antecede conllevan de forma inherente la responsabilidad del usuario titular de la misma, de aportar y cumplimentar toda aquella documentación y/o trámites de estilo requeridos por el Banco de la Nación Argentina, que resulten imprescindibles para proceder al pago del beneficio prestacional. La conclusión del trámite previamente referido y/o cualquier otro que solicite la entidad bancaria al efecto de otorgar eficacia a la cuenta abierta implicarán la aceptación del usuario de la apertura bancaria realizada por el RENATRE según el art. 1027 del CCCN. El RENATRE no se responsabiliza por la frustración/falta de pago y/o cobro de la prestación por desempleo, ni tampoco por otros descuentos, cargos, retenciones y/o cobros de la cuenta que tengan causa ajena al beneficio otorgado, cuando dichas causales resulten consecuencias atribuibles a incumplimientos por parte del titular de la cuenta bancaria, de los requisitos impuestos por el Banco de la Nación Argentina para acceder al cobro.*

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL TRABAJADOR/A**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**FECHA DE SOLICITUD**

**DECLARACIÓN JURADA DE GRUPO FAMILIAR PARA COBERTURA DE SALUD (completar todos los datos por cada familiar)**

**Nombre y apellido:**

**CUIL:**

**Vínculo:**

**Discapacidad** (indicar fecha de validez del certificado y adjuntar certificado de discapacidad, de corresponder):

**Fecha probable de parto** (Indicar Fecha Probable de Parto y adjuntar certificado médico, de corresponder):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL TRABAJADOR/A**

**FECHA DE SOLICITUD**

**Nombre y apellido:**

**CUIL:**

**Vínculo:**

**Discapacidad** (indicar fecha de validez del certificado y adjuntar certificado de discapacidad, de corresponder):

**Fecha probable de parto** (Indicar Fecha Probable de Parto y adjuntar certificado médico, de corresponder):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL TRABAJADOR/A**

**FECHA DE SOLICITUD**

**Nombre y apellido:**

**CUIL:**

**Vínculo:**

**Discapacidad** (indicar fecha de validez del certificado y adjuntar certificado de discapacidad, de corresponder):

**Fecha probable de parto** (Indicar Fecha Probable de Parto y adjuntar certificado médico, de corresponder):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL TRABAJADOR/A**

**FECHA DE SOLICITUD**

## **ANEXO I: PROGRAMA DE REINSERCIÓN LABORAL DEL RENATRE**

Presto mi consentimiento para la publicación de mis datos personales en el Portal RENATRE cuenta personal de los empleadores, con el fin de ser incluido en la Oferta Laboral Rural del Programa de Reinserción Laboral.

Manifiesto haber sido informado y asesorado respecto de las obligaciones que como beneficiario del SIPRED me impone la Resolución RENATRE N° 68/2017, en particular lo dispuesto por el art. 15 inc. b) de su Anexo, que expresa: *“Los beneficiarios están obligados a (...) Asistir a las acciones de formación y capacitación para las que sean convocados”*; y lo dispuesto en el art. 17 inc. b) de su Anexo, que dispone: *“La percepción de la prestación económica por desempleo se suspenderá cuando el beneficiario (...) no de cumplimiento a las obligaciones establecidas en los incisos b) y c) del art. 15 de la presente Reglamentación.”*

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TRABAJADOR/A**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**FECHA DE SOLICITUD**

***Documentación que deberá presentar el solicitante junto al formulario:***

1) Copia de DNI del solicitante. 2) Copia de telegramas y CD (Carta Documento), actuación notarial o judicial que acredite el despido (trabajadores permanentes, permanentes discontinuos y de temporada), constancia de baja de AFIP donde conste fecha de cese (temporarios). 3) Copia de los últimos 6 recibos de sueldo. 4) Copia de documentación de su grupo familiar (DNI del grupo familiar, certificados que acrediten el vínculo y demás documentación de acuerdo a cada caso en particular). 5) Constancia de CBU de titularidad del solicitante de la prestación emitido por la entidad bancaria

**La documentación requerida, junto al formulario debe enviarse a la Delegación que corresponda.**