



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

Afiliado/a N°

DATOS PERSONALES:

Apellido:

Nombres:

Estado Civil:

T/N:

Documento:

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

C.U.I.L. Nro.:

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono fijo:

Celular:

Correo Electrónico:

DOMICILIO PARA NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

DATOS FAMILIARES:

Apellido y Nombre del Cónyuge o Conviviente:

Fecha de Casamiento

D.N.I.:

o inicio de convivencia:

Nombres de los hijos/as menores de edad o
mayores incapacitados:

Fecha de Nacimiento:

A Cargo:

Inválido:

Fecha cierta de presentación

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA:

.....
FIRMA Y SELLO



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar

CÓRDOBA,

NOTIFICACIÓN DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

→ ME NOTIFICO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE UN BENEFICIO **NO IMPLICA EN MODO ALGUNO LA SEGURIDAD DE QUE ESE BENEFICIO SEA OTORGADO** SINO QUE SE INICIA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO DEL LEGAJO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS CONDICIONES QUE DEBE ACREDITAR EL AFILIADO CONFORME A LA REGLAMENTACIÓN APLICABLE A FIN DE RESOLVER EL PEDIDO PRESENTADO SEGÚN CORRESPONDA OTORGAR O NO EL BENEFICIO SOLICITADO.

→ ME NOTIFICO QUE PARA TENER DERECHO A GOZAR DEL SUBSIDIO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEBO:

- CONTAR CON UN AÑO DE AFILIACION O REAFILIACION CUMPLIDOS A LA FECHA EN QUE SE PRODUZCA EL HECHO INCAPACITANTE.
- ACREDITAR UNA INCAPACIDAD INVALIDANTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN (**EL MÍNIMO ES EL 66% DE LA T.O.**) Y POR UN TIEMPO MÍNIMO DE **NOVENTA (90) DÍAS** CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE SE PRESENTE LA SOLICITUD DEL BENEFICIO EN LA CAJA.
- LA INCAPACIDAD, COMO SU VALORACIÓN EN PORCENTAJE Y EL TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN DEBERÁN SER ESTIMADOS Y CERTIFICADOS POR EL MEDICO TRATANTE EN EL FORMULARIO DE CERTIFICADO MEDICO QUE LA CAJA PROVEE A ESE EFECTO.

→ ME NOTIFICO QUE PARA TENER DERECHO A GOZAR DEL BENEFICIO DEL SUBSIDIO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEBERÁ ESTAR AL DÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR CUALQUIER TITULO PARA CON LA CAJA CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ART. 79 DE LA LEY 8577.

LEÍDO POR EL SOLICITANTE FIRMA IMPUESTO DEL CONTENIDO DE LAS NOTIFICACIONES PRECEDENTES:

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
T/Nº DOCUMENTO



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar

CERTIFICADO MÉDICO

El médico que suscribe (Apellido y Nombre)

M.P. N°:....., especialista en.....M.E.N°.....,

con domicilio enTeléfono N°:.....

CERTIFICA haber examinado al Sr./ Sra.....

de.....años de edad, Fecha de Nacimiento:....., D.N.I. N°:....., de

profesión....., Especialidad.....con domicilio en

calle....., N°, Localidad.....,

Provincia....., C.P. Quien padece de.....

.....

.....

.....

.....

Institución donde fue asistido/a.....

Bajo Historia Clínica N°a partir de fecha.....

Exámenes complementarios en que fundamenta el Diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

Pronóstico.....

Tratamientos aconsejados.....

Tiempo de recuperación laboral estimada.....

Porcentaje de incapacidad laboral actual Física/ Psíquica (Números:% Letras:%). -

Calificación de la Incapacidad: - TRANSITORIA: SI/NO - PERMANENTE: SI/NO – DEFINITIVA: SI/NO

Desde que fecha considera el inicio de la enfermedad incapacitante.....

Observaciones: (Breve fundamento de lo certificado)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Para ser presentado ante las autoridades de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba. -

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma

Deberá ser llenado de puño y letra por el Profesional Médico de cabecera, con letra clara sin enmiendas, evitando siglas y/o códigos y a título de declaración jurada



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar
www.cpsps.org.ar

CUENTA DE CAJA DE AHORRO DESIGNADA PARA LA ACREDITACION DEL BENEFICIO SOLICITADO

Fecha: ____/____/____

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO/A:

N°. Afiliado : _____

Apellido: _____ Nombres: _____

D.N.I. N°.: _____ C.U.I.T. Nro: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Domicilio: _____

Banco: _____ Sucursal: _____

N° Cuenta: _____

C.B.U.: (Completar los casilleros con los números correspondientes)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Por la presente solicito que los haberes originados por la liquidación de mi beneficio de _____, sean acreditados en la cuenta antes detallada,

dejando constancia que soy titular y que los gastos que ella genere serán afrontados íntegramente por mí.

DEBE ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO CONSTANCIA DE LA ENTIDAD BANCARIA CON LOS DATOS DE LA CUENTA DE CAJA DE AHORRO CONSIGNADA.

Firma Solicitante

Aclaración

CERTIFICO que la firma que antecede fue puesta ante mi presencia: