

# Secretaría General de la Gobernación

## Dirección General de PAICor

IMPORTANTE: Recuerde que la información que Ud. proporcione en este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo que los datos serán contrastados con los registros oficiales del Estado (autos, propiedades, ingresos, etc.)

\* Obligatorio

### 1 - Datos del titular

**a - DNI del padre, madre o tutor \***

**b - Apellido del padre, madre o tutor \***

**c - Nombre del padre, madre o tutor \***

**d - Ocupación principal del titular \***

- Patrón o empleador
- Por cuenta propia
- Empleado en relación de dependencia
- Benef. de programas sociales
- Jubilado/pensionado
- Trabajador eventual
- Desocupado
- Ama de casa
- Estudiante

**e - Ingreso promedio mensual \***

Consignar el ingreso de todo el grupo familiar

**f - Nivel de escolaridad \***

- Ninguna
- Jardín/Preescolar
- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

**g - Teléfono personal del titular \***

**h - Dirección de mail del titular**

## 2 - Datos de los beneficiarios

Complete con los datos de los actuales beneficiarios del programa

**DNI del beneficiario 1 \***

**Apellido del beneficiario 1**

**Nombre del beneficiario 1**

**DNI del beneficiario 2**

**Apellido del beneficiario 2**

**Nombre del beneficiario 2**

**DNI del beneficiario 3**

**Apellido del beneficiario 3**

**Nombre del beneficiario 3**

**DNI del beneficiario 4**

**Apellido del beneficiario 4**

**Nombre del beneficiario 4**

**DNI del beneficiario 5**

**Apellido del beneficiario 5**

**Nombre del beneficiario 5**

**DNI del beneficiario 6**

**Apellido del beneficiario 6**

**Nombre del beneficiario 6**

## 3 - Datos del vehículo

**a - Vehículo \***

- Utilitario
- Auto
- Moto
- No posee

**a.1 - En caso de corresponder, indique el modelo (año) del vehículo**

**a.2 - En caso de corresponder, indique el número de patente del vehículo**

**b - En caso de poseer otro/s vehículo/s, indicar el/los número/s de patente**

## 4 - Gastos mensuales del titular

**a - ¿Posee gastos en telefonía móvil? \***

- Si
- No

**a.1 - En caso de corresponder, indique el monto mensual que abona en telefonía móvil**

**b - ¿Posee gastos en TV por cable/satelital? \***

- Si
- No

**b.1 - En caso de corresponder, indique el monto mensual que abona en TV por cable/satelital**

**c - ¿Posee gastos en internet? \***

- Si
- No

**c.1 - En caso de corresponder, indique el monto mensual que abona en internet**

## 5 - Datos habitacionales

**a - Ubicación de la vivienda \***

- Barrio vivienda precaria
- Barrio vivienda social (barrio social)
- Villa de emergencia
- Otro:

**b - Indicar la cantidad de personas que habitan en dicha vivienda \***

**c - ¿Es propietario del inmueble? \***

- Si
- No

**c.1 - ¿Posee otro inmueble? \***

- Si
- No

**d - ¿Alquila? \***

- Si
- No

**d.1 - En caso que su respuesta anterior sea afirmativa, ¿cuánto abona por mes?**

**e - ¿Abona cuota de vivienda social/IPV? \***

- Si
- No

**e.1 - En caso que su respuesta anterior sea afirmativa, ¿cuánto abona por mes?**

**f - ¿Tiene acceso a agua potable? \***

- Si
- No

**g - Instalación sanitaria \***

- No tiene
- Instalada
- Semi instalada
- Letrina/Excusado

## 6 - Salud

**a - ¿Posee gastos en obra social o medicina prepaga? \***

- Si  
 No

**a.1 - En caso de corresponder, indique el monto mensual que abona en obra social o medicina prepaga**

**b - ¿Algún integrante del hogar posee enfermedad crónica? \***

- Si  
 No

**b.1 - En caso que su respuesta anterior sea afirmativa, indique el DNI del/de los integrante/s con enfermedad crónica**

**b.2 - En caso de corresponder, indique la patología correspondiente**

**c - ¿Posee gastos frecuentes en medicamentos por tratamiento específico? \***

- Si  
 No

**c.1 - En caso de corresponder, indique el monto mensual que abona en medicamentos por tratamiento específico**

**d - ¿Algún integrante del hogar posee discapacidad? \***

- Si  
 No

**d.1 - En caso que su respuesta anterior sea afirmativa, indique el DNI del/de los integrante/s con discapacidad**

**d.2 - En caso de corresponder, ¿posee certificado de discapacidad?**

- Si  
 No

**e - ¿Alguna integrante del hogar está embarazada? \***

- Si  
 No

**e.1 - En caso que su respuesta anterior sea afirmativa, indique el DNI del/de las integrante/s embarazada/s**

## 7 - Cierre

**!** Para finalizar le recordamos que la información brindada tiene carácter de declaración jurada, por lo que estará sujeta a las validaciones pertinentes. **¿Ud. posee la documentación respaldatoria de los datos proporcionados en el formulario? \***

- Si  
 No

\* Declaro bajo juramento que los datos precedentemente consignados son correctos y completos, y que esta declaración ha sido confeccionada sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

DNI