



SUBSIDIO POR MATERNIDAD
DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

DATOS DEL AFILIADO

N° DE AFILIADO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PROFESIÓN: _____

DOMICILIO CONSTITUIDO (CT): _____

DEPARTAMENTO: _____ LOCALIDAD: _____

C.P: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DÍA ANTERIOR AL INICIO DE LA LICENCIA MATERNAL: _____

Se notifica que:

1. Se otorga a los profesionales en ejercicio libre de la profesión y cubre un período máximo de noventa (90) días. Cuando la gravidez sea múltiple el beneficio se otorgará por el lapso de 120 días. En ambos casos se deberá suspender el ejercicio libre de la profesión.
2. Para el cobro del beneficio que solicita (art.97, Ley 17.738), deberá encontrarse al día con sus obligaciones (art.123, Ley 17.738).
3. El pago de las obligaciones que la persona afiliada mantenga con la Caja continuará por su sistema habitual siendo responsabilidad del profesional el cumplimiento de los pagos dentro de los plazos establecidos. No se descuentan aportes ni otras obligaciones en las liquidaciones de subsidios. La solicitud de subsidio por maternidad no exime de las obligaciones que pudieran corresponder por concepto de Fondo de Solidaridad y su Adicional.
4. Para las solicitudes realizadas a partir del 01/08/2023, será de aplicación lo dispuesto en el art. 48 de la Ley 20.130, los artículos 12 a 14 del Decreto 230/023 del 31/07/2023 y los criterios aprobados por Resoluciones de Directorio N° 608 de 03/08/2023 y N° 637 de 17/08/2023.
5. Deberá presentar al Servicio Médico de la Caja, certificado médico original, acompañado de timbre profesional correspondiente donde figure fecha probable de parto (FPP) y autorización del médico tratante de hasta qué fecha puede trabajar o Partida de Nacimiento si el beneficio se tramita luego del parto.
6. En caso de que la persona afiliada solicite el presente subsidio por un período menor a 90 días, deberá expresamente indicarlo en el formulario.
7. Se considera notificado del beneficio una vez acreditado el pago.

Fecha

Firma del profesional



REGISTRO DE PERSONAS DEPENDIENTES
DEPARTAMENTO SERVICIO MEDICO

DATOS DEL AFILIADO					
N°: _____		NOMBRE COMPLETO: _____			
TRÁMITE SOLICITADO: _____					
DATOS DE PERSONAS DEPENDIENTES					
Documento			Nombre completo	Fecha de nacimiento	Relación (A, B o C)
Tipo	País	N°			

Código de relación	
A	Hijo menor de 21 años
B	Hijo mayor de 18 años incapacitado para toda tarea
C	Hijo entre 18 y 23 años (solo aplica en caso de STIP)

En los casos A, B y C se deberá presentar partida de nacimiento de los hijos.
En los casos B y C se solicitará la presentación de la documentación complementaria que corresponda.

A partir del 1/8/2023:

1) La jubilación por incapacidad se calculará de acuerdo con lo dispuesto por el art. 48 de la Ley 20.130, y sus disposiciones reglamentarias. Asimismo, esto impacta sobre los subsidios por incapacidad temporal y maternidad otorgados en el marco de lo dispuesto por los artículos 93 y 97 de la Ley 17.738.

Según lo dispuesto en el literal A) del inciso 3° del art.48 de la Ley 20.130, el monto de la jubilación por incapacidad o, en su caso, el monto del subsidio determinado por éste, podrá verse incrementado "un 20% (veinte por ciento) si el afiliado tuviera a su cargo hijos menores de 21 años o mayores de 18 años de edad absolutamente incapacitados para todo trabajo y que no dispongan de medios suficientes para su sustentación, ...".

2) El Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial (STIP) se calculará de acuerdo con lo dispuesto por el art. 50 de la Ley 20.130, y sus disposiciones reglamentarias. Según lo dispuesto en dicho artículo, el monto de este subsidio podrá tener un complemento del 20% si el afiliado tuviera a su cargo uno o más hijos menores de 21 años o mayores de 18 años con derecho a pensión.

Los porcentajes adicionales citados en 1) y 2) se pagarán mientras estén presentes las circunstancias que les dieron origen, tal como dispone la Ley 20.130.

Fecha

Firma del profesional



OPCIÓN DE COBRO DEL BENEFICIO

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE COMPLETO: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ N° DE AFILIADO: _____

A continuación, el titular podrá optar por el sistema de cobro de su preferencia de acuerdo con lo establecido en la Ley 19210 "de Inclusión Financiera":

Pago mediante SISTEMA BANCARIO en cuenta existente a nombre del titular.

BANCO: _____

SUCURSAL O AGENCIA: _____ No.: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

CUENTA CORRIENTE: _____ CAJA DE AHORRO: _____

OTROS: _____

Pago mediante SISTEMA DE DINERO ELECTRÓNICO (TARJETA LOCAL).

INSTITUCIÓN EMISORA: _____

El interesado se notifica de los siguientes términos:

La opción de cobro elegida implica el otorgamiento de autorización expresa a la institución para efectuar los débitos o retenciones en la cuenta o tarjeta prepaga, que la Caja solicite.

La Caja no asume otra responsabilidad que acreditar el importe correspondiente al pago del beneficio en la opción elegida, hasta que el titular la modifique.

En caso de optar por cuenta bancaria, la misma deberá estar a nombre del titular del beneficio y se deberá adjuntar al presente formulario una constancia del banco donde figuren los siguientes datos: nombre del banco, sucursal donde está radicada la cuenta y tipo de cuenta (caja de ahorro o cuenta corriente).

Asimismo, cualquiera sea la opción elegida se deberá adjuntar fotocopia de la cédula de identidad del firmante.

Si la cuenta bancaria indicada no es específica para cobro de sueldo o pasividad, los fondos acreditados por la Caja podrán verse afectados por las tasas financieras que la institución bancaria aplique en cumplimiento de la normativa vigente, otorgando el titular su consentimiento en este sentido.

El titular de un beneficio tiene la obligación de mantener actualizado su domicilio. En caso de constatarse el no cumplimiento de esta disposición, la Caja podrá suspender preventivamente el pago.

Fecha

Firma del profesional