

**PRESTACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN O ARRENDAMIENTO
DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

SOLICITUD

-jubilado-

(R.D. 1643/2007)

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

No. AFILIADO C.J.P.P.U.: _____ No. JUBILADO C.J.P.P.U.: _____

PROFESIÓN: _____ C. I.: _____ F. NACIMIENTO: _____

DOMICILIO CONSTITUIDO (C.T.): _____

LOCALIDAD: _____ C. POSTAL: _____

DEPARTAMENTO: _____ TEL.: _____

CELULAR: _____ E-MAIL: _____

DISPOSITIVO MÉDICO SOLICITADO:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Para el control de la apnea de sueño (CPAP). |
| <input type="checkbox"/> | 2. Prótesis mamarias siguientes a la cirugía neoplásica. |
| <input type="checkbox"/> | 3. Bolsas y aros para colostomizados. |
| <input type="checkbox"/> | 4. Silla de ruedas. |
| <input type="checkbox"/> | 5. Muletas o bastones canadienses. |
| <input type="checkbox"/> | 6. Discos intervertebrales. |
| <input type="checkbox"/> | 7. Otros de similar naturaleza. ESPECIFICAR: _____ |

MODALIDAD:

ADQUISICIÓN

ARRENDAMIENTO

SE NOTIFICA QUE:

1. A los efectos del goce del beneficio, **deberá encontrarse al día en sus pagos** por concepto de aportes, Fondo de Solidaridad y su Adicional, convenios, préstamos y demás obligaciones pecuniarias.
2. El otorgamiento de la prestación **se encuentra sujeto a disponibilidad presupuestal**, de acuerdo con lo previsto por el art. 107 de la Ley 17738.
3. **En caso de aprobarse la presente solicitud, si Ud. se encuentra en goce de su jubilación el beneficio será percibido conjuntamente con su pasividad mensual.**
4. **Se ratifica la Declaración Jurada realizada al inicio del beneficio sobre la inexistencia de cobertura alguna para el presente dispositivo.**

Fecha

Firma del jubilado