

**1. Información del titular**

Afiliado N°: ..... Fecha de solicitud: ...../...../.....  
Apellido y Nombre: .....  
Dirección: ..... Localidad: ..... Provincia: .....  
Teléfono: ..... E-mail: .....

**2. Información del afiliado hogarizado**

Afiliado N°: .....  
Apellido y Nombre: ..... Edad: .....  
Estado Civil: .....

**3. Información de la persona responsable**

Apellido y Nombre: .....  
D.N.I.: ..... Vínculo: .....  
Dirección: ..... Localidad: ..... Provincia: .....  
Teléfono: ..... E-mail: .....

**4. Datos del hogar / residencia**

Nombre: .....  
Dirección: ..... Localidad: ..... Provincia: .....  
Teléfono: ..... E-mail: .....  
Fecha de ingreso al hogar/residencia: ...../...../.....

**LO MANIFIESTO EN EL PRESENTE FORMULARIO TIENE ALCANCE DE DECLARACIÓN JURADA**

Se recuerda a los Sres. afiliados que, de conformidad con el Art. 1° de la Resolución N° 0215/17, el plazo máximo para la solicitud de reintegros de gastos es de noventa (90) días corridos a contar desde la fecha de la emisión de la factura.

Firma del afiliado titular

Firma de la persona responsable