

Form.
PS.2.67Solicitud Asignación por Embarazo
para Protección Social

USO EXCLUSIVO ANSES

Frente

Código Dependencia

UDAI

Trámite N°

Solicitud Acreditación Aceptada Rechazada **Rubro 1 - Datos del Titular**

Declaración Jurada de Datos Consignados

CUIL

N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Correo Electrónico

Teléfono de Contacto

Posee cobertura de Obra Social: Si No Si Consigna "SI". Indique Situación: Monotributista Social Servicio Doméstico Trabajo de Temporada Si Consigna "No". Presenta Inscripción al Plan Nacer

Declaro bajo juramento que mi grupo familiar cumple con los requisitos establecidos en el Decreto N° 1602/09 y sus normas reglamentarias para el cobro de esta Asignación por Embarazo para Protección Social y no estamos alcanzados por las incompatibilidades del Artículo 9° del mencionado decreto.

Datos del Representante Legal/Natural del Titular

Solo cumplimentar en el caso de que el Titular sea Menor de 18 Años

CUIL

N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Firma del Titular / Representante o Impresión Dígito Pulgar Derecho

Aclaración de Firma

Rubro 2 - Constancia Médica para la Solicitud de la Asignación por Embarazo para Protección SocialFecha: Semanas de Gestación (entre 12 y 42 semanas): Fecha Probable de Parto: Matrícula N°: Nacional Provincial

Apellido/s y Nombre/s del Profesional:

La cumplimentación de este rubro acredita que la Titular se encuentra embarazada.

Lugar

Firma y Sello del Profesional Certificante

Rubro 3 - Acreditación de Requisitos Médicos del EmbarazoIndique lo que Corresponda Nacimiento Interrupción del Embarazo Fallecimiento Fecha: Control Integral del Embarazo (Controles Prenatales, Laboratorio, Ecografías, Inmunizaciones, Consejería)Matrícula N°: Nacional Provincial

Apellido/s y Nombre/s del Profesional:

Lugar y Fecha _____, ____/____/____

Firma y Sello del Profesional Certificante

Presenta la Inscripción al Plan Nacer del recién nacido (Uso exclusivo de ANSES) **Rubro 4 - Recepción (Para Uso Exclusivo de ANSES)**

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Fecha y Sello de Recepción

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Versión 1.1

Form.
PS.2.67Solicitud Asignación por Embarazo
para Protección Social

Constancia de Recepción

Uso Exclusivo ANSES

Solicitud Acreditación Aceptada Rechazada

Trámite N°

CUIL

N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Fecha y Sello de Recepción

Instrucciones para la Cumplimentación

Rubro 1 - Datos de la Titular

En este rubro se deberán consignar los datos de la mujer embarazada y si cuenta o no con cobertura de obra social.

En caso de que se consigne que posee cobertura de obra social, sólo podrá solicitar esta Asignación en la medida que su situación sea Monotributo Social, Servicio Doméstico o Trabajo de Temporada.

Documentación a Presentar: (en caso de no poseer cobertura de Obra Social):

- Constancia de Inscripción de la Titular al Plan Nacer (debiendo el operador de ANSES cumplimentar con una tilde el campo correspondiente).

Rubro 2 - Constancia Médica para la Solicitud de la Asignación por Embarazo

En este rubro el profesional certificante deberá cumplimentar los campos y acreditar que la Titular se encuentra embarazada.

El tiempo de gestación consignado por el profesional certificante no podrá ser inferior a 12 semanas ni superior a 42 semanas.

Rubro 3 - Acreditación de Requisitos Médicos del Embarazo

Una vez finalizado el estado de embarazo, en este rubro el profesional certificante deberá consignar si se produjo el nacimiento y/o fallecimiento del niño ó la interrupción del embarazo y la fecha en la que sucedió lo indicado.

El profesional certificante deberá consignar con una tilde que a la titular se le efectuó el Control Integral del Embarazo.

Documentación a Presentar:

En caso de Nacimiento:

- Original y copia de la Partida o del Certificado de Nacimiento
- Constancia de Inscripción del recién nacido al Plan Nacer (debiendo el operador de ANSES cumplimentar con una tilde el campo correspondiente)
- Original y copia del Documento Nacional de Identidad del recién nacido (opcional)

en Caso de Fallecimiento:

- Original y copia del Certificado de Defunción

En caso de Interrupción del Embarazo:

- La cumplimentación de este rubro es requisito suficiente para su acreditación

Rubro 4 - Recepción

El operador de ANSES deberá firmar, fechar y sellar la recepción del formulario.

Información Importante

Profesional Certificante:

En caso de Nacimiento un médico (tocoginecologico, generalista, de familia) y/u obstétrica deberá acreditar el cumplimiento del control integral del embarazo. En caso de Interrupción del Embarazo o Fallecimiento del recién nacido deberá ser acreditado por un profesional médico.

"El Control Integral del Embarazo" debe incluir al menos las siguientes prestaciones:

- Carnet Perinatal: guía que debe utilizar la embarazada para constatar el control y cuidado de su embarazo el que le será entregado por el profesional médico u obstétrico.
- Calendario de controles prenatales completos: 5 controles prenatales con intervalos de al menos 1 mes.
- Consejería integral en salud sexual y en el cuidado de la salud y la de su hijo/a
- 2 ecografías.
- En el segundo y anteúltimo control prenatal: datos de serología (VDRL, Hepatitis B, HIV, Chagas y Toxoplasmosis) y Hematocrito y Hemoglobina (anemia).

El Esquema de Vacunación en el embarazo incluye:

- Vacuna antigripal: deberá darse a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.
- Doble Adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.

El Esquema de Vacunación en el puerperio incluye:

- Vacuna antigripal: si no la recibió en el embarazo.
- Doble adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.
- Doble Viral o Triple Viral (en el post-parto): si no tiene registro de al menos 2 dosis de la vacuna después del año de edad o una dosis en la última campaña, deberá darse cualquiera de estas vacunas.

El Esquema de Vacunación para el Recién Nacido incluye:

- BCG antes del alta de la maternidad.
- Hepatitis B antes de las 12 horas de vida.

ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL SOLICITADA QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES Y SIEMPRE QUE NO EXCEDAN DE 6 (SEIS) MENSUALIDADES.

ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

EL PAGO DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL SOLICITADA QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES Y SIEMPRE QUE NO EXCEDAN DE 6 (SEIS) MENSUALIDADES.