

**ANEXO 21**  
**CARÁTULA DE INICIO DE TRÁMITE**

• **DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO**

|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|----------------------|--------------------|
| Apellido y Nombre del Beneficiario                               |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  | DNI                                                             | CUIL | Fecha de Nac         |                    |
| Estado Civil                                                     | Domicilio Actual Cód Post, Localidad Provincia                  |      |                      |                    |
| Tipo de Afiliación                                               | Directo ( ) – Monotributista ( ) – Jubilado ( ) – Otro ( )..... |      |                      |                    |
| <b>GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE</b>                                |                                                                 |      |                      |                    |
| Nombre y Apellido                                                | Vínculo                                                         | Edad | Teléfono de contacto | Correo Electrónico |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
| <b>GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE / RED SOCIAL AMPLIADA</b>       |                                                                 |      |                      |                    |
| Nombre y Apellido                                                | Vínculo                                                         | Edad | Teléfono de contacto | Correo Electrónico |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
|                                                                  |                                                                 |      |                      |                    |
| Nombre de la Empresa, CUIT, Domicilio y Fecha de Ingreso Laboral |                                                                 |      |                      |                    |

**\* POR FAVOR COLOCAR EL PREJIFO DE LA ZONA DE RESIDENCIA E INDICAR SI ES  
TELÉFONO FIJO O CELULAR.**

**\*PERSONAS AUTORIZADAS PARA LA FIRMA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA**

| <u>Vínculo</u> | <u>Nombre y Apellido</u> | <u>Documento</u> | <u>Registro de Firma</u> |
|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Responsable    |                          |                  |                          |
| Responsable    |                          |                  |                          |