

## TRÁMITE 5: SOLICITUD DE PENSIONES PARA MADRES CON 7 O MÁS HIJOS (SUBSIDIO NACIONAL)

### 1. *Breve descripción del trámite.*

Se solicita el otorgamiento de pensiones nacionales para mujeres que tengan 7 hijos, que no tengan ingresos estables o beneficios sociales, jubilación o pensión.

### 2. *Quiénes pueden realizar el trámite.*

La persona interesada en obtener el beneficio

### 3. *Normativa involucrada*

Se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales

### 4. *Lugar donde se realiza el trámite.*

Oficina de Desarrollo Social

Dir.: Moreno y Echagüe.

Tel: 0341-424641

### 5. *Medios a través de los cuales se realiza el trámite.*

Personalmente: Oficina de Desarrollo Social

### 6. *Horarios de atención.*

De lunes a viernes de 7 a 13 hs.

### 7. *Requisitos y documentación necesaria.*

*Requisitos:*

Ser madres de 7 hijos nacidos vivos, o de 6 hijos y un embarazo, que no tengan ingresos estables ni perciban beneficios sociales.

*Documentación a presentar:*

- DNI de la persona solicitante y fotocopia (1ra y 2da hoja, y cambio de domicilio), y del cónyuge si lo tuviere.
- Partidas de nacimiento de todos los hijos
- Constancia de CUIL del solicitante
- Declaración jurada de ingresos o recibo de sueldo del solicitante y familiares obligados (varía en cada caso: padres, abuelos, hermanos mayores, etc.) y convivientes mayores de edad.

### 8. *Pasos a seguir*

Una vez presentada la totalidad de la documentación en la oficina de desarrollo social de la Municipalidad de La Paz, la misma es enviada por la oficina al gobierno provincial, que luego remite la documentación a la Comisión Nacional de Pensiones (sede Paraná). Allí se decide si se otorgan o no dichas pensiones.

**9. *Otros organismos que participan en el trámite***

Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales

**10. *Tiempo***

La asignación de las pensiones (desde la solicitud hasta el primer cobro) demora de 6 meses a un año aproximadamente.

**11. *Cuántas veces se debe asistir al organismo para realizar el trámite.***

Una vez para realizar el trámite, y una vez por mes para realizar el seguimiento (opcional).

**12. *Costo del trámite.***

El trámite es gratuito.

**13. *Cómo se recibe el resultado o producto del trámite.***

La Oficina de Desarrollo Social de la Municipalidad realiza un seguimiento telefónico o por Internet. El beneficiario debe consultar personalmente por el resultado en dicha Oficina.

**14. *Qué vigencia tiene el documento tramitado.***

Caducidad por fallecimiento del titular, y posterior traspaso a quien quede a cargo de los menores.

**15. *Anexo formulario.***



Ministerio de Desarrollo Social  
Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales

**SOLICITUD DE PENSION\***

CODIGO	TIPO DE PENSION	Recons
054	A LA VEJEZ	
055	POR INVALIDEZ	
038	MADRE DE 7 HIJOS	
811	TRANSFERENCIA	
843	REHABILITACIONES	

**TRAMITE  
GRATUITO**

**I. DATOS DEL /LA INTERESADO/A**

**IMPORTANTE:** Colocar una X en el casillero correspondiente. Completar todos y cada uno de los datos

Apellido/s y Nombre/s completos

SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL / OTRA SITUACION	NACIONALIDAD
VARON <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Sep. Hecho <input type="checkbox"/>	Arg. <input type="checkbox"/> Arg. Nat. <input type="checkbox"/> Año .....
MUJER <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. Hecho <input type="checkbox"/>	Extranjero <input type="checkbox"/> Año Radicac. ....

L.E.  L.C.  D.N.I.  N° ..... C.U.I.L. N° .....

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle ..... N° ..... Piso ..... Depto ..... Entre calle ..... y  
calle ..... Barrio ..... Localidad .....

CP ..... Tel. .... Partido/Departamento ..... Provincia .....

Domicilio Postal: .....

debe ser un lugar donde efectivamente el/a solicitante pueda recibir correspondencia (posta suvillana, familiares, amigos, comisaría, casilla de correo, estafeta postal, etc.)

**Referencia**

**DOMICILIO ALTERNATIVO O DE INTERNACION**

Calle ..... N° ..... Piso ..... Depto ..... Entre calle ..... y  
calle ..... Barrio ..... Localidad .....

CP ..... Tel. .... Partido/Departamento ..... Provincia .....

Sala ..... Piso ..... Cama N° ..... Unidad/Servicio ..... N° .....

EN CASO DE QUE EL INTERESADO CUENTE CON PENSION GRACIABLE  
¿ AUTORIZA A LA CNPA A DAR DE BAJA LA MISMA ? SI  NO

EN CASO DE OTORGAMIENTO CONSIDÉRESE EL PAGO EN:  
BANCO: ..... SUCURSAL: ..... PCIA: .....

**II. DATOS DEL PADRE / MADRE / GUARDADOR / TUTOR / CURADOR (SOLO SI ES MENOR O INCAPAZ MENTAL)**

**APELLIDO/S Y NOMBRE / S**

.....

Documento de Identidad  
L.E.  D.N.I.  C.I.  N° .....

¿ Percibe Beneficio?  
Si  No  Caja .....

Lugar y Fecha, .....

Firma o Impresión dígito pulgar del Solicitante y/o Persona Autorizada

Doc. Ident. N° .....

Firma y Sello del Responsable de la iniciación

Domicilio: .....