

## TRÁMITE 6: SOLICITUD DE PENSIONES POR INVALIDEZ

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

Se solicita el otorgamiento de pensiones nacionales para personas que presenten una incapacidad que no le permita trabajar, siempre y cuando el solicitante o cónyuge no tuvieran ingresos estables o reciban otros beneficios nacionales o provinciales, jubilaciones o pensiones.

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

Quien desee tramitar el beneficio.

### 3. *Normativa involucrada*

Regulaciones de la Comisión Nacional de Pensiones

### 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:*

- Presentar una incapacidad que no le permita trabajar (80% de discapacidad)
- Que el solicitante o cónyuge no tenga ingresos estables o reciba otros beneficios nacionales o provinciales, jubilaciones o pensiones.

*Documentación a presentar:*

- DNI de la persona solicitante y fotocopia (1ra y 2da hoja, y cambio de domicilio), y del cónyuge si lo tuviere.
- Certificado médico donde conste diagnóstico y porcentaje de incapacidad de orden público (hospital o sala municipal).
- 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.

- Si el solicitante es menor de 18 años, adjuntar también fotocopia de DNI de los padres, y partida de nacimiento.

### **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

### **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 muerte

### **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/la 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: .....