



## SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y TRANSITORIA

[ ] de [ ]

Señor

Presidente de la Caja de Seguridad Social para los  
Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de  
Santa Fe

S / D

Quien suscribe, [ ], Afiliado N° [ ]

tiene el agrado de dirigirse a Ud. y por su intermedio a H. Directorio con el objeto de solicitar se le  
conceda el beneficio del Subsidio por incapacidad Total y Transitoria. A tal fin al pie de la presente,  
consta el certificado expedido por el Dr [ ] justificativo  
del estado de incapacidad y lapso de su duración.

SOLICITANTE: [ ]

DOMICILIO: [ ] TELÉFONO: [ ]

TIPO DOC.:  LE  LC  DNI DOC. N°: [ ]

FIRMA

CERTIFICO: que los datos de identidad, impresión digital o firma que anteceden, corresponden a  
[ ] y han sido colocadas en mi presencia.

SELLO

Autoridad de La Caja, Policía, Juez de Paz o Escribano

CERTIFICO: Que [ ], padece una incapacidad,

[ ]

total y transitoria cuyo Diagnóstico es:

Fecha inicio incapacidad [ ] / [ ] / [ ]

Estampilla  
CPAC

Estampilla  
Colegio de  
Médicos

Firma y sello del médico que lo asiste

Fecha: [ ] / [ ] / [ ]

## SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD

### Requisitos para otorgar el beneficio

1º) Presentación de la solicitud dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha en acaeciera el hecho que lo incapacite. (Arts. 79 inc. "a" y concord. Ley 12.818).

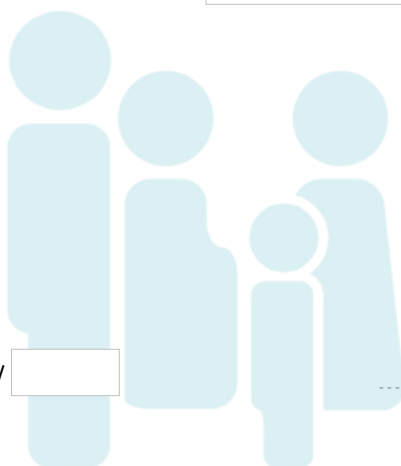
2º) La Caja no recepcionará ninguna solicitud si el afiliado peticionante no acredita previamente no adeudar suma alguna (excepto interés y/o actualización proveniente de pago fuera de término) al momento del inicio de la incapacidad Total y Temporaria que lo inhabilita para el ejercicio profesional. (Resolución N° 18.346 del 10/8/85 – Arts. 51º, 79º inc. "b" y concordantes Ley 12.818).

3º) Que habiendo celebrado un plan de regularización de deuda, haya pagado regularmente los aportes personales devengados desde ese entonces más las cuotas de dicho plan, por un plazo mínimo de cuatro (4) meses con anterioridad a la fecha de inicio de la enfermedad o accidente incapacitante. Debe además, continuar con el pago de la cuota mensual que de él resulte y reunir la totalidad de los requisitos y condiciones necesarias para su logro. Art 79º, inc. "c" de la ley 12.818.

### Para uso interno de La Caja

**Verificar:** Antes de darle recepción, el cumplimiento de los requisitos formales para dar curso a la solicitud. Documental médica complementaria:

Fecha:  /  /



**Verificado**

.....  
Firma y sello del empleador