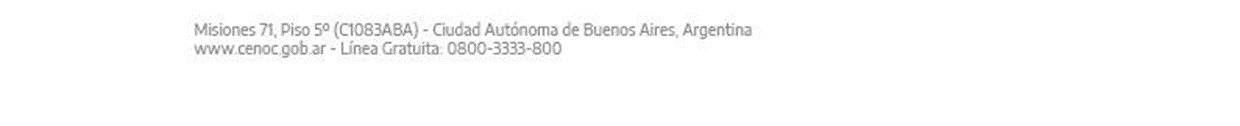
**Ficha para registro de organizaciones aspirantes al beneficio en gas envasado**

**Aclaración**: La presente solicitud deberá complementarse en un plazo **máximo de 90 días**, con la inscripción en el Registro Nacional de Organizaciones del CENOC y un comprobante emitido por alguna autoridad gubernamental que acredite su condición de Entidad de Bien Público. **El incumplimiento de este requisito implicará la baja del beneficio percibido de manera inmediata, transcurrido el plazo mencionado**. La Organización deberá actualizar sus datos en el Registro del CENOC anualmente y solicitar la renovación del beneficio correspondiente al Programa Hogar para Entidades de Bien Público completando y presentando nuevamente esta SOLICITUD, transcurridos 12 meses de haber completado la inscripción.

**1. Nombre de la Organización:**

Sigla:

**2. Datos Básicos/Domicilio Social**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Calle: |  | Número: |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Piso: |  | Depto: |  | Casa: |  | Manzana: |  | Barrio: |  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Código Postal |  | Localidad |  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Municipio |  | Partido o Depto.: |  | |
| |  |  | | --- | --- | | Provincia | Correo electrónico:       Sitio web: | | Teléfono: | CUIT: |         **3. ¿La organización tiene personería jurídica?**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **SI** |  | **No** |  | |
| **Si tiene personería, bajo qué forma jurídica se han constituido:** ………………………  **N° de Matrícula:** ………………..  \*Deberá presentar en un plazo de 90 días alguna certificación que acredite su condición de Entidad de Bien Público, con o sin personería. |

**4. ¿Cómo definiría su organización?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Comedor / Merendero** |  | **2. Centros de atención infantil** |  |
| **3. Grupo o centro Comunitario** |  | **4. Otro: ……………….** | |

**5. Detalle la cantidad de beneficiarios de las actividades que realiza su organización: (Cantidad de personas que asisten al comedor, cantidad de jubilados que asisten al centro, etc.)**

**N° de beneficiarios:**

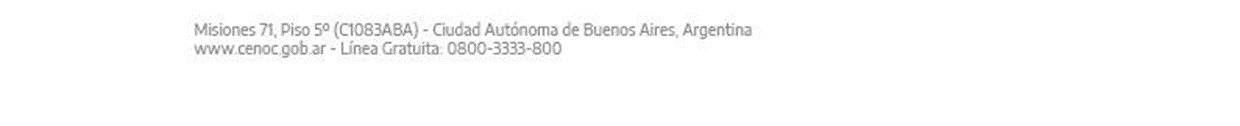
|  |  |
| --- | --- |
| **Entre 1 y 50** |  |
| **Entre 51 y 100** |  |
| **Entre 101 y 200** |  |
| **201 o más** |  |

**Característica de los beneficiarios:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Niños y niñas** |  |
| **Familias** |  |
| **Adultos mayores** |  |
| **Adolescentes** |  |
| **Más de un grupo de los anteriores** |  |
| **Otros** |  |

**Cantidad de prestaciones diarias:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Desayuno** |  |
| **Almuerzo** |  |
| **Merienda** |  |
| **Cena** |  |

****

**6. Datos del titular Beneficiario :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nombre y apellido: |  | CUIL: |  | |
| ¿Es beneficiario del Programa Hogar como Persona?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **SI** |  | **No** |  | |

Datos de Contacto del titular beneficiario:

Teléfono: E- mail:

**Declaración Jurada**

A través de la presente, declaro comprender que como representante la organización que aquí suscribe, que los beneficios derivados de esta solicitud pertenecer exclusivamente a la organización. **Entiendo que el uso personal o usufructo de los recursos destinados a la organización y derivados de la presente, tiene consecuencias jurídicas**. Asimismo, **me comprometo completar la inscripción en el CENOC y hacer entrega de la certificación que acredite la condición de Entidad de Bien Público de la Organización (Emitido y firmado por cualquier autoridad de nivel Nacional, Provincial o Municipal, según el corresponda) en un plazo no mayor a los 90 días desde el alta del beneficio**. Por último, entiendo que el presente constituye una inscripción simplificada a los fines de obtener el beneficio en Gas envasado previsto en la Ley 27.218, por lo que no completar la inscripción y acreditación solicitada en esta misma declaración en el plazo establecido, implicará la baja en el beneficio percibido.

**FIRMA:**

**ACLARACIÓN:**

**DNI:**

