**FORMULARIO DE SOLICITUD DE LA TARIFA SOCIAL DE GAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL TITULAR DEL SERVICIO** | |
| Apellidos |  |
| Nombres |  |
| Nº y Tipo de Documento |  |
| CUIL / CUIT |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Edad |  |
| Sexo |  |
| Estado Civil |  |
| Nacionalidad |  |
| Domicilio |  |
| Provincia |  |
| Localidad |  |
| Código Postal |  |
| Teléfono principal |  |
| Teléfono celular |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE PERSONA AUTORIZADA ACREDITANDO IDENTIDAD**  **En caso de no ser el titular del servicio quién se presenta.** | |
| Vínculo con el Titular |  |
| Apellidos |  |
| Nombres |  |
| Nº y Tipo de Documento |  |
| CUIL / CUIT |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Sexo |  |
| Estado Civil |  |
| Nacionalidad |  |
| Domicilio |  |
| Provincia |  |
| Localidad |  |
| Código Postal |  |
| Teléfono principal |  |
| Teléfono celular |  |
| E-mail |  |

Exista o no persona autorizada, la solicitud de inclusión al beneficio de Tarifa Social se tramitará únicamente **con los datos del usuario solicitante.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL SERVICIO DE GAS (OBLIGATORIO)** | |
| Empresa prestataria del servicio |  |
| Nº de cliente |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIVO DE RECHAZO**  **Indique con una X según corresponda** | |
| 1. Ingreso mensual mayor a DOS (2) Salarios Mínimos Vitales y Móviles |  |
| 1. Tener un familiar a cargo con Certificado de Discapacidad expedido por autoridad competente que sea integrante del hogar |  |
| 1. Poseer un vehículo con antigüedad menor a DIEZ (10) años |  |
| 1. Tener más de un Inmueble, cochera o baulera.  (Completar siguiente cuadro) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.B** | **Calle** | **Número** | **Localidad** | **Provincia** | **¿La alquila o es de uso personal?** | | **Indicar si es cochera/baulera/**  **otro Inmueble** |
| **La alquila** | **De uso personal** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTEGRANTES DEL HOGAR/VIVIENDA (OBLIGATORIO)**  **Datos de los integrantes. Completar o indicar con una** X **según corresponda.** | | | | | | | |
| **#** | **Tipo y N° de doc.** | **Sexo** | **Apellido y Nombre** | **Edad** | **Vínculo** | **Es**  **Discapacitado** | |
| **SI** | **NO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA EL INICIO DEL TRAMITE**  **Indique con una** X **la información requerida sobre la que se deja constancia.** | |
| 1. Fotocopia del DNI (para todos los motivos) x |  |
| 1. Factura a nombre del titular del servicio |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO DE EXCLUSIÓN EN BASE AL CUAL FUE RECHAZADA SU TARIFA SOCIAL**  **Indique con una** X **la información requerida sobre la que se deja constancia.** | |
| 1. Fotocopia Recibo de haberes |  |
| 1. Constancia de Inscripción al Monotributo |  |
| Fotocopia Certificado de discapacidad vigente expedido por autoridad competente |  |
| 1. Fotocopia Partida de Nacimiento/Acta o Libreta de Matrimonio según corresponda |  |
| 1. Fotocopia DNI conviviente ( DISCAPACIDAD) |  |
| 1. Fotocopia Título de Inmueble |  |
| 1. Fotocopia Título Automotor |  |
| 1. Situación particular no contemplada en los criterios precedentes |  |

**ACLARACIONES*:***

**Este formulario deberá presentarse acompañado de copias legibles de la información requerida, así como toda la documentación que respalde su solicitud.**

Toda la documentación exigida en este formulario deberá estar completa a fin de proseguir con el trámite.

Asimismo, podrá solicitarse toda otra documentación respaldatoria.

La información relacionada con los criterios de exclusión requerida, tiene por objeto considerar eventuales excepciones a esos requisitos.

Esta Solicitud del Beneficio de Tarifa Social reviste carácter de **Declaración Jurada** y será cerciorada con las bases de datos que correspondan. **Entendiendo que en caso de proporcionar información falsa estará sujeto a las penalidades previstas por los arts. 172, 292, 293, 296 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación, su trámite quedará sin efecto.**

A los efectos de que el usuario inicie el trámite y sustente su petición en relación a su inclusión al beneficio que otorga la Tarifa Social según el motivo que origina su solicitud, deberá presentar la documentación mínima para iniciar el mencionado trámite (Formulario de Solicitud firmado por el usuario; copia legible del DNI; copia de la factura del servicio a nombre del solicitante; y en el caso del trámite sea realizado por una persona autorizada, identificación de la misma) y la siguiente documentación en virtud de los motivos alegados por el Titular del servicio:

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIVO** | **DOCUMENTACIÓN RESPALADATORIA** |
| SER JUBILADO O PENSIONADO O TRABAJADOR EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA QUE PERCIBA UNA REMUNERACIÓN BRUTA MAYOR A DOS (2) SALARIOS MÍNIMOS VITALES Y MÓVILES. | Copia del recibo de haberes o de sueldo actualizado. |
| TRABAJADOR “MONOTRIBUTISTA” INSCRIPTO EN UNA CATEGORÍA CUYO INGRESO ANUAL MENSUALIZADO SEA MAYOR A DOS (2) SALARIOS MÍNIMOS VITALES Y MÓVIL. | Copia de la constancia de inscripción. |
| CONTAR CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EXPEDIDO POR AUTORIDAD COMPETENTE. | Copia del Certificado de discapacidad vigente. |
| CUANDO ES UN CONVIVIENTE CON DISCAPACIDAD | Copia del DNI y copia de Partida de Nacimiento o Acta/libreta de matrimonio para demostrar vínculo con el titular. |
| POSEE MÁS DE UN INMUEBLE | Copia Escritura y/o Venta Inmueble |
| POSEE UN VEHÍCULO DE DIEZ (10) AÑOS O MENOS DE ANTIGÜEDAD | Copia de Titulo Automotor y/o Certificado de Transferencia |



**SE DEJA CONSTANCIA DEL INICIO DEL TRÁMITE DE SOLICITUD DEL BENEFICIO DE LA TARIFA SOCIAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS A COMPLETAR POR EL TITULAR DEL SERVICIO/ PERSONAS AUTORIZADAS** | | |
| **Fecha** |  | **Firma** |
|