

**ANSES**Formulario  
PS. 2.55Declaración jurada de novedades unificadas  
Sistema Único de Asignaciones Familiares

Frente

Código de dependencia

Oficina

**Rubro 1 – Datos del trabajador**

Apellido(s) y nombre(s)		
DNI	N° de CUIL	Teléfono de contacto
Correo electrónico		
¿Te encontrás en una relación conyugal, de convivencia o convivencia previsional con el otro progenitor?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Rubro 2 - Datos de la otra persona progenitora (madre / padre). Exclusivo para Prenatal (1)**

Apellido(s) y nombre(s)		
DNI	N° de CUIL	Teléfono de contacto
Correo electrónico		

**Rubro 3 - Datos del empleador. Exclusivo para Maternidad**

Razón social	
N° de CUIT	Teléfono de contacto
Correo electrónico	

**Rubro 4 – Prenatal**

Trámite N°:	
Tipo de novedad	Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/>
Indicar cantidad de cuotas abonadas por el empleador: _____ (no completar en caso de trabajadores monotributistas)	

**Rubro 5 - Licencia por Maternidad (para completar por el empleador)**

Trámite N°:	
Tipo de novedad	Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/>
Opción	45 días preparto y 45 días posparto <input type="checkbox"/> 30 días preparto y 60 días posparto <input type="checkbox"/>
Fecha en la cual se notificó el estado de embarazo al empleador y efectuó la opción de licencia: _____	

**Rubro 6 - Datos del certificado médico y del profesional certificante (Prenatal / Maternidad) (1) (2)**

Apellido(s) y nombre(s) del profesional certificante	
Matrícula	N° de CUIL / CUIT del profesional
_____ nacional <input type="checkbox"/> provincial <input type="checkbox"/>	_____
Fecha del certificado médico: _____	Gestación: meses / semanas (tachar lo que no corresponda) _____
Tipo de fecha: probable de parto / real de parto (tachar lo que no corresponda) _____	
Fecha de interrupción del embarazo: _____	
Lugar y fecha: _____	

Firma y sello de profesional certificante

Baja Fecha \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_



Con este formulario los trabajadores adheridos al régimen simplificado para pequeños contribuyentes (monotributistas) pueden solicitar únicamente la Asignación Prenatal.

Los trabajadores en relación de dependencia en una empresa incorporada al Régimen de la Ley 24.714 pueden solicitar la Asignación Prenatal, Maternidad y Maternidad Down.

Puede ser presentado ante ANSES por el titular, el empleador o por una tercera persona (representante).

**ESTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. DEBE COMPLETARSE SIN OMITIR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LAS PERSONAS INFRACTORAS A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**

**EL PAGO DE LAS ASIGNACIONES FAMILIARES SOLICITADAS QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO REALIZADOS POR ANSES.**

**Observaciones:**

---

---

---

---

-----  
Uso exclusivo ANSES

**ANSES**

Formulario  
PS. 2.55

Declaración jurada de novedades unificadas  
Sistema Único de Asignaciones Familiares

**CONSTANCIA DE RECEPCIÓN**

Apellido(s) y nombre(s):	
CUIL titular:	N° de documento:
Trámite presentado:	
<input type="checkbox"/> Prenatal	Trámite N°:
<input type="checkbox"/> Maternidad	Trámite N°:
<input type="checkbox"/> Maternidad Down	Trámite N°:

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y legajo de agente interviniente

\_\_\_\_\_  
Sello de recepción en ANSES

---

**ESTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. DEBE COMPLETARSE SIN OMITIR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LAS PERSONAS INFRACTORAS A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**

**EL PAGO DE LAS ASIGNACIONES FAMILIARES SOLICITADAS QUEDA CONDICIONADO A LOS CONTROLES DE DERECHO REALIZADOS POR ANSES.**

**Observaciones:**

---

---

---

---

---

**De existir algún motivo para dejar de percibir la Asignación Familiar por Prenatal, Maternidad y/o Maternidad Down, se debe denunciar ante ANSES.**

**(1) Prenatal**

Si indicaste "SÍ" en la pregunta "**¿Te encontrás en una relación conyugal, de convivencia o convivencia previsional con el otro progenitor?**", tenés que completar el rubro 2 con los datos de cónyuge o conviviente y acreditar la relación correspondiente en ANSES, con la documentación que la respalde.

Si indicaste "NO", no tenés que completar el Rubro 2 - "**Datos de la otra persona progenitora (madre / padre) Exclusivo para Prenatal (1)**" y tenés que consignar en el campo Observaciones "**no me encuentro en una relación de matrimonio, convivencia o convivencia previsional con el otro progenitor**".

El trabajador que no acredite relación conyugal, de convivencia o convivencia previsional con la persona embarazada no tendrá derecho a percibir la Asignación por Prenatal.

**El certificado médico o Rubro 6 para esta prestación no posee vencimiento.**

**Si solamente sos trabajador monotributista (adherido al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes) no tenés que completar los rubros:**

- 3 – Datos del empleador
- 4 – Prenatal; Campo cantidad de cuotas abonadas por el empleador
- 9 – Firmas exclusivo para Prenatal / Maternidad / Maternidad Down; Campo firma del empleador.

**(2) Maternidad**

Para liquidar correctamente esta asignación, ANSES necesita contar con el certificado médico con el cual el empleador tomó conocimiento del embarazo y otorgó la Licencia por Maternidad.

Por eso, si antes de completar este formulario la persona gestante ya hubiera presentado al empleador un certificado médico declarando el embarazo y la opción de licencia, se debe adjuntar fotocopia de ese certificado médico con firma y aclaración del empleador (donde se indica que es copia del original que obra en su poder) y no se deberá completar el Rubro 6.

**El certificado médico o rubro 6 para esta prestación no posee vencimiento.**

**(3) Maternidad Down**

Para liquidar correctamente esta asignación, ANSES necesita contar con el certificado médico con el cual el empleador tomó conocimiento del diagnóstico de síndrome de Down de la persona nacida y otorgó la extensión de la licencia.

Por eso, si antes de completar este formulario la persona titular ya hubiera presentado al empleador un certificado médico declarando el diagnóstico de síndrome de Down de la persona nacida, se debe adjuntar fotocopia de ese certificado médico con firma y aclaración del empleador (donde se indica que es copia del original que obra en su poder) y no se debe completar el Rubro 7.

**El certificado médico o rubro 7 para esta prestación no posee vencimiento.**