



PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
PODER JUDICIAL

, de de

Señor Titular de la  
Secretaría de Personal  
Doctor DANIEL OMAR GONZALEZ.  
S/D

Tengo el agrado de dirigirme a VS a fin de solicitarle, disponga por medio del Departamento de Prestaciones Sociales de la Suprema Corte de Justicia, se me otorgue el SUBSIDIO indicado a continuación, encuadrado en los términos del Acuerdo N° 2019 y modificatorias/Acuerdo N° 3249/05 y Acuerdo N° 3212.

Saludo a VS muy atentamente.

Apellidos y Nombres:.....

Cargo:.....

DNI: ..... Legajo: .....

Lugar de Trabajo:.....

TELEFONO DE LUGAR DE TRABAJO Y CELULAR.....

USO OFICIAL

INDICAR CON X

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> INTERVENCION QUIRURGICA.   | <input type="checkbox"/> ORTESIS / PROTESIS. |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO / ESTUDIO MEDICO.  | <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO.      |
| <input type="checkbox"/> INTERNAC. EN CLÍNICA PSIQUIATRICA.   | <input type="checkbox"/> PROTESIS DENTARIA.  |
| <input type="checkbox"/> NACIMIENTO/ADOPCION. (sólo hasta el cargo de Jefe de Despacho, inclusive. <u>En caso de que ambos padres sean agentes judiciales deberá realizar la solicitud uno de los dos</u> ) |  |

DE MI

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CONYUGE | <input type="checkbox"/> HIJO (menor de 18 años o mayor discapacitado) |
|----------------------------------|--|

Cuyo nombre es.....

A tal efecto acompaño la documentación requerida

Declaro bajo juramento que no poseo otras coberturas sociales, como así tampoco que haya percibido otro beneficio por la causal invocada, que las consignadas en estas actuaciones.

.....  
Firma del solicitante

.....  
Firma y sello de la autoridad certificante

**SIN CURSO**

Corresponde devolver al peticionante. Motivo

.....  
.....  
.....  
.....

La Plata, de de 20

**DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES**

VISTO:

El motivo invocado y la documentación adjunta, corresponde liquidar el SUBSIDIO por la suma de:

.....  
.....

La Plata, de de 20

**OBSERVACIONES**

- 1) Beneficiarios Acuerdo N° 2019 y modificatorias: el agente, su cónyuge y sus hijos menores de 18 años o mayores discapacitados.
- 2) Los subsidios por Nacimiento y Adopción, se encuentran sujetos a lo regulado en los Acuerdos N° 3212/05 y N°3216/05.
- 3) La acreditación del pago de la práctica debe ser presentada con el recibo o factura con sello de “pagado” conforme a las exigencias contables vigentes.