

**ANEXO I**  
**ORDENANZA N°337/2023**

<b>CASOS SOCIALES</b>
Solicitud N°:.....
Fecha de Recepción:.....

***SOLICITUD DE BENEFICIO TARIFA SOCIAL DE AGUA POTABLE***

**DATOS PERSONALES DEL USUARIO:**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Documento de identidad tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Nivel de Instrucción: Primaria: Completo – Incompleto

Secundario: Completo – Incompleto

Terciario: Completo – Incompleto

Tipo de relación Laboral: Trabajo Formal – Trabajo Informal      Ocupación: \_\_\_\_\_

Jubilado: SI – NO

Pensionado: SI – NO

Beneficios Sociales: SI – NO      Cual: \_\_\_\_\_

Obra Social: SI - NO

Ingreso promedio mensual del beneficiario: \_\_\_\_\_

Situación ante la Cooperativa: \_\_\_\_\_

**COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:**

Apellido y Nombre	DNI	Edad	Vinculo	Nivel de instrucción	Ocupación	Obra Social	Ingreso promedio
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	

**CONDICIONES DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR**

¿Alguno de los integrantes del grupo familiar padece problemas de salud? SI – NO ¿Quién? \_\_\_\_\_

Breve Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Indique si es: PERMANENTE - TEMPORAL

¿Realiza tratamiento? SI - NO (adjuntar certificado médico)

En consultorio: PRIVADO – SALUD PÚBLICA

Observaciones: \_\_\_\_\_

¿Algún integrante del grupo familiar presenta alguna discapacidad? SI – NO ¿Quién? \_\_\_\_\_

Tiene certificado de discapacidad: SI – NO

**DATOS PERSONALES DE PERSONAS QUE CONVIVEN EN OTRA VIVIENDA, EN EL MISMO TERRENO**

Apellido y Nombre	DNI	Edad	Vínculo	Nivel de Instrucción	Ocupación	Obra Social	Ingreso Promedio
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	
						SI / NO	

**DATOS DEL INMUEBLE**

Es propietario del inmueble donde solicita el beneficio: SI – NO

Poseedor de boleto de compraventa: SI - NO

Inquilino: SI – NO

Ocupante gratuito: SI – NO

Otros: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ N° de Usuario C.P.S.P.R. Ltda.: \_\_\_\_\_

Ruta – Folio N°: \_\_\_\_\_ Partida inmobiliaria: \_\_\_\_\_

¿Es propietario de otro inmueble?: SI – NO

Está al día con la Facturación de Agua Potable: SI - NO

**CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA**

Tipo de vivienda: Casa – Departamento – Pieza – Rancho

Cantidad de ambientes: \_\_\_\_\_ Baño Instalado: SI – NO Baño fuera de la vivienda: SI – NO

Cantidad de canillas: \_\_\_\_\_ Lavarropas: SI - NO

Posee: Cloacas – Pozo absorbente – Letrina

Estado de conservación general: BUENO – REGULAR - MALO

**OTROS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA**

ELECTRICIDAD  INTERNET  TEL CELULAR

TV POR CABLE  TEL FIJO  OTROS \_\_\_\_\_

Por la presente, tomo conocimiento que la siguiente SOLICITUD DE ACOGIMIENTO al Beneficio de Tarifa Social de los servicios de Aguas, establecido por \_\_\_\_\_, previa evaluación de Asistente Social será sometida a la Resolución de la Comisión Evaluadora de Tarifa Social de Agua Potable.

**Declaro conocer** también que en caso de **resultar favorable**, la ayuda a recibir consistirá en un subsidio, y por un período de un año (de mantenerse las condiciones por las cuales se me otorga el beneficio) de la facturación por los servicios de agua que se generen a partir de la aprobación de la presentación de la solicitud y que perderé el beneficio, al no estar al día con la factura de agua potable, como también cuando la condición económica y social tenida en cuenta para la adjudicación, haya cambiado. Una vez perdido este beneficio, no podré solicitar nuevamente hasta pasados dos años desde la desadjudicación.

**DECLARACIÓN JURADA**

El que suscribe \_\_\_\_\_ Doc. N° \_\_\_\_\_

**Declara bajo juramento** que los datos consignados en el presente formulario son correctos. Me comprometo a notificar en forma inmediata cualquier modificación en mi condición que me aparte del beneficio que se me adjudica. Asimismo, acepto que la C.P.S.P.R. Ltda y la Municipalidad de Romang, efectúen las consultas y verifiquen los datos que consideren necesarios a fin de corroborar la información aportada en la presente declaración.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

Recibido por \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN INDISPENSABLE A PRESENTAR:**

- Fotocopia del documento de identidad de cada integrante del grupo conviviente y/o de las otras personas que vivan en otra vivienda pero en el mismo terreno.
- Copia del boleto de compraventa ó escritura ó del contrato de alquiler ó Autorización de Herederos.
- Fotocopia recibo de sueldo (activo/jubilado/pensionado) del grupo familiar, beneficiarios de AUH y/u otro beneficio social.
- Fotocopias de la **última boleta** de: inmobiliario (API), tasa municipal (TGI) y factura de agua (factura común de bimestre).
- En caso de enfermedad presentar certificado médico.
- Certificado de discapacidad (en caso de corresponder)
- Negativa ANSES del Titular
- Libre Deuda de Agua

PARA COMPLETAR POR LA COMISIÓN DE TARIFA SOCIAL DE AGUA POTABLE.

Cumple con los requisitos para el otorgamiento del beneficio: SI - NO

Plazo de otorgamiento: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firmas: