

 <b>RECIBIDO</b> Fecha..... Hora:..... Formulario TSO N°...../.....
--

Para ser completado por DPOSS	
.....	Fecha:
Intervino (sello y firma)	

**SOLICITUD REDUCCIÓN DEL PAGO EN LA TARIFA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

ALTA <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>	EXPTE DPOSS	UNIDAD
Domicilio del inmueble			
Ciudad:	Nom. Catastral	Sección:	Macizo: Parcela:
PERÍODO DE INICIO del Beneficio: / /	FECHA VENCIMIENTO del Beneficio: / /		

El que suscribe:		DNI / LC / LE:
Marcar lo que corresponde	Manifiesto que PERCIBO Régimen Único de Pensiones Especiales (RUPE) <input type="checkbox"/>	
	Manifiesto que PERCIBO ayuda económica y/o ingresos y/o cualquier otra forma de colaboración por montos iguales o inferiores al establecido para los beneficiarios (RUPE) <input type="checkbox"/> Indicar nombre del Beneficio: .....	
	Manifiesto que NO PERCIBO ayuda económica, ni subsidios o ingresos, ni cualquier otra forma de colaboración de ningún tipo. <input type="checkbox"/>	

Solicito ser incorporado al beneficio correspondiente a la reducción del 50% en el pago de los servicios sanitarios por la vivienda arriba mencionada para lo cual **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

- 1) **Resultado ser propietario en carácter de titular  / ocupante  , del inmueble a incluir en el beneficio, el cual es mi domicilio permanente y reviste el carácter de vivienda única, destinada a vivienda familiar.**
- 2) **No poseo otro contrato de trabajo, ni otra jubilación o pensión, ni otros subsidios u otros ingresos de cualquier tipo.**
- 3) **Declaro bajo juramento que todos los datos y manifestaciones efectuadas corresponden a quien suscribe, son exactos y verdaderos y que he confeccionado esta declaración sin omitirlos ni falsearlos. Declaro que he presentado todos los documentos e informes en forma verídica. Declaro conocer y aceptar las condiciones establecidas para el presente Régimen. Declaro conocer que todo el contenido del presente reviste el carácter de declaración jurada y que cualquier falsedad dará lugar a la desestimación de la solicitud del beneficio cualquiera sea la instancia en la cual se encuentre.**

**Me comprometo a presentar anualmente antes del 15 de diciembre, copia de mi último recibo de ingresos a los efectos de continuar incluido en este beneficio.** La falta de cumplimiento de este requisito será suficiente condición para la baja del beneficio, conforme lo establece el inciso a) del artículo 66.3 del Decreto Prov. 901/21.

Me comprometo a informar cualquier modificación de esta situación, en particular de cambios de domicilio o de actividad del inmueble citado, así como sobre mi situación económica. Caso contrario, de constatare una modificación, que implique la pérdida del presente beneficio, se procederá a la refacturación del servicio.

De existir deuda previa, no será condición necesaria su cancelación o la regularización para acceder al presente beneficio. Sin embargo, se advierte que la presente reducción del pago no genera beneficio de manera retroactiva. Por lo que de existir deuda, la misma continuará generando intereses hasta tanto sea cancelada o regularizada.

A fin de obtener el beneficio, adjunto a la presente la siguiente documentación:

Copia de DNI/LC/ LE (con último cambio de domicilio coincidente con el solicitado para aplicar el beneficio, en caso de no ser titular del inmueble)	<input type="checkbox"/>
Copia Decreto de adjudicación emitidos por la Administración Central, la Municipalidad de Ushuaia/Tolhuin, Resolución del Instituto Provincial de Vivienda (IPV)	<input type="checkbox"/>
Copia Título de Propiedad <input type="checkbox"/>	Copia Contrato locación <input type="checkbox"/>
	Copia Constancia Ocupación <input type="checkbox"/>
Copia de último recibo de ingresos	<input type="checkbox"/>

Firma del solicitante	
Aclaración	
Constituyo domicilio legal	Calle .....
Constituyo domicilio legal electrónico	Correo electrónico .....
Teléfono celular de contacto	Código de área..... N°.....