



Formosa, ..... de ..... de .....

Señor  
INTERVENTOR DEL I.A.S.E.P.  
SU DESPACHO

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., con el objeto de solicitarle  
quiera tener a bien y por la vía que corresponda se autorice la afiliación de mi hijo/a  
discapacitado/a .....  
DNI N° ..... como así también se le otorgue la COBERTURA DEL 100%  
dispuesta según Resolución N° 4096/07.

Adjunto a la presente:

- Fotocopia del último recibo de haberes
- Fotocopia del D.N.I.
- Fotocopia del Acta de Nacimiento
- Historia Clínica
- Información Sumaria Judicial de tenencia a cargo, donde conste que no posee otra Obra Social, ingresos fijos, ni relación de dependencia, etc.
- Constancia de la repartición que percibe salario como hijo discapacitado.
- Certificado de discapacidad otorgado por el Ministerio de Desarrollo Humano
- Constancia de la Repartición que percibe salario como hijo discapacitado.
- CUIL de la persona a afiliarse
- Certificación Negativa del ANSES

Sin otro particular y a la espera de una resolución favorable le  
saludo a Ud. atentamente.

Firma .....

Aclaración .....

Afiliado N° .....

Repartición.....