



Trámite Número

Datos del Solicitante CUIL

Apellido/s

Nombre/s

Firma, aclaración y legajo del agente interviniente

Fecha de recepción y sello

- \* Este formulario reviste carácter de declaración jurada, debe ser cumplimentado en letra de imprenta sin omitir, enmendar ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en el Art. 172, 292, 293 y 298 del código penal para los delitos de estafa y falsificación de documento público. penalidades previstas en el Art. 172, 292, 293 y 298 del código penal para los delitos de estafa y falsificación de documento público.
- \* La falta de acreditación ante ANSES del cumplimiento anual de los controles básicos de salud ocasionará la suspensión del cobro de la Prestación PROGRESAR
- \* El pago del programa PROGRESAR solicitado queda condicionado a los controles de derecho que ANSES realiza y a la presentación de la documentación exigida por la normativa vigente, en tiempo y forma.
- \* Ante cualquier reclamo deberá comunicarse telefónicamente al 130 o realizarlo a través de la página Web de ANSES [www.anses.gov.ar](http://www.anses.gov.ar) en la Sección ANSES RESPONDE



Presidencia de la Nación