



**PRESTACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN O ARRENDAMIENTO  
DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**–AFILIADO ACTIVO–**

(R.D. 1643/2007)

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

No. AFILIADO C.J.P.P.U.: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ F.NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CONSTITUIDO (C.T.): \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.POSTAL: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

DISPOSITIVO MÉDICO SOLICITADO:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Para el control de la apnea de sueño (CPAP).          |
| <input type="checkbox"/> | 2. Prótesis mamarias siguientes a la cirugía neoplásica. |
| <input type="checkbox"/> | 3. Bolsas y aros para colostomizados.                    |
| <input type="checkbox"/> | 4. Silla de ruedas.                                      |
| <input type="checkbox"/> | 5. Muletas o bastones canadienses.                       |
| <input type="checkbox"/> | 6. Discos intervertebrales.                              |
| <input type="checkbox"/> | 7. Audífonos   |
| <input type="checkbox"/> | 8. Otros de similar naturaleza. ESPECIFICAR: _____       |

MODALIDAD:

ADQUISICIÓN

ARRENDAMIENTO

**Se notifica que:**

1. A los efectos del goce del beneficio, **deberá encontrarse al día en sus pagos** por concepto de aportes, Fondo de Solidaridad y su Adicional, convenios, préstamos y demás obligaciones pecuniarias.
2. El otorgamiento de la prestación **se encuentra sujeto a disponibilidad presupuestal**, de acuerdo con lo previsto por el art. 107 de la Ley 17738.
3. El beneficio a otorgar es materia gravada de IRPF y deberá incluirlo en la declaración anual correspondiente ante la Dirección General Impositiva.
4. Se considerará notificado del beneficio, una vez acreditado el pago.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado

**PRESTACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN O ARRENDAMIENTO**

**DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**DECLARACIÓN JURADA**

**-afiliado activo-**

(R.D. 1643/2007)

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_  
No. AFILIADO C.J.P.P.U.: \_\_\_\_\_ C. IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

Con relación a la solicitud adjunta, presentada ante la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios con fecha \_\_\_\_\_, quien suscribe **DECLARA BAJO JURAMENTO** que **NO** posee cobertura por parte de organismo alguno a efectos de disponer del dispositivo médico requerido según consta en el certificado médico presentado ante la Institución.

Se advierte al declarante respecto del texto del art. 136 de la ley 17.738 de 27.1.2004 que establece: *“La declaración falsa en las actuaciones administrativas ante la Caja, o la prestada sobre hechos propios o en interés propio por el titular de las actuaciones, será sancionado en la forma dispuesta por el artículo 239 del Código Penal.”*

Artículo 239 del Código Penal: *“Falsificación ideológica por un particular. El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión.”*

Timbre  
profesional  
  
declaración  
jurada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma