



Form.  
PS2.67

**Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social**

Frente

Código Dependencia	JDAI	Trámite N°
--------------------	------	------------

Solicitud    
  Acreditación    
  Aceptada    
  Rechazada

**Rubro 1 - Datos del Titular**

CUIL  Tipo y N° de Documento

Apellido/s

Nombre/s

Domicilio-Calle

Fiso  Depto.  C. Postal  Teléfono

Localidad  Provincia

Posee cobertura de Obra Social: S  No

S Consigna "S": Indique Situación: Monotributista Social  Servicio Doméstico  Trabajo de Temporada

S Consigna "No": Presenta inscripción al Plan Nacer (Uso exclusivo de ANSES)

Declaro bajo juramento que mi grupo familiar cumple con los requisitos establecidos en el Decreto N° 1602/09 y sus normas reglamentarias para el cobro de esta Asignación por Embarazo para Protección Social y no estamos alcanzados por las incompatibilidades del Artículo 9º del mencionado decreto.

Firma y Aclaración de la Titular

**Rubro 2 - Constancia Médica para la Solicitud de la Asignación por Embarazo para Protección Social**

Fecha:  Semanas de Gestación (entre 12 y 42 semanas):  Fecha Probable de Parto:

Matrícula N°:  Nacional  Provincial

Apellido/s y Nombre/s del Profesional:

La cumplimentación de este rubro acredita que la Titular se encuentra embarazada.

Lugar  Firma y Sello del Profesional Certificante

**Rubro 3 - Acreditación de Requisitos Médicos del Embarazo**

Indique lo que Corresponda: Nacimiento  Interrupción del Embarazo  Fallecimiento  Fecha:

Control Integral del Embarazo  (Controles Prenatales, Laboratorio, Ecografías, Inmunizaciones, Consejería)

Matrícula N°:  Nacional  Provincial

Apellido/s y Nombre/s del Profesional:

Lugar y Fecha  Firma y Sello del Profesional Certificante

Presenta la inscripción al Plan Nacer del recién nacido (Uso exclusivo de ANSES)

**Rubro 4 - Para Uso Exclusivo de ANSES**

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente  
Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

Fecha y Sello de Recepción



Form.  
PS2.67

**Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social**

Uso Exclusivo ANSES

Solicitud	Acreditación	Aceptada	Rechazada	Trámite N°
-----------	--------------	----------	-----------	------------

CUIL  Tipo y N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Fecha y Sello de Recepción

## Instrucciones para la Cumplimentación

### Rubro 1 - Datos de la Titular

En este rubro se deberán consignar los datos de la mujer embarazada y si cuenta o no con cobertura de obra social.

En caso de que se consigne que posee cobertura de obra social, sólo podrá solicitar esta Asignación en la medida que su situación sea Monotributo Social, Servicio Doméstico o Trabajo de Temporada.

Documentación a Presentar: (en caso de no poseer cobertura de Obra Social):

- Constancia de Inscripción de la Titular al Plan Nacer (debiendo el operador de ANSES cumplimentar con una tilde el campo correspondiente).

### Rubro 2 - Constancia Médica para la Solicitud de la Asignación por Embarazo

En este rubro el profesional certificante deberá cumplimentar los campos y acreditar que la Titular se encuentra embarazada.

El tiempo de gestación consignado por el profesional certificante no podrá ser inferior a 12 semanas ni superior a 42 semanas.

### Rubro 3 - Acreditación de Requisitos Médicos del Embarazo

Una vez finalizado el estado de embarazo, en este rubro el profesional certificante deberá consignar si se produjo el nacimiento y/o fallecimiento del niño ó la interrupción del embarazo y la fecha en la que sucedió lo indicado.

El profesional certificante deberá consignar con una tilde que a la titular se le efectuó el Control Integral del Embarazo.

Documentación a Presentar:

En caso de Nacimiento:

- Original y copia de la Partida o del Certificado de Nacimiento
- Constancia de Inscripción del recién nacido al Plan Nacer (debiendo el operador de ANSES cumplimentar con una tilde el campo correspondiente)
- Original y copia del Documento Nacional de Identidad del recién nacido (opcional)

en Caso de Fallecimiento:

- Original y copia del Certificado de Defunción

En caso de Interrupción del Embarazo:

- La cumplimentación de este rubro es requisito suficiente para su acreditación

### Rubro 4 - Recepción

El operador de ANSES deberá firmar, fechar y sellar la recepción del formulario.

### Información Importante

Profesional Certificante:

En caso de Nacimiento un médico (tocoginecologico, generalista, de familia) y/u obstétrica deberá acreditar el cumplimiento del control integral del embarazo. En caso de Interrupción del Embarazo o Fallecimiento del recién nacido deberá ser acreditado por un profesional médico.

"El Control Integral del Embarazo" debe incluir al menos las siguientes prestaciones:

- Carnet Perinatal: guía que debe utilizar la embarazada para constatar el control y cuidado de su embarazo el que le será entregado por el profesional médico u obstétrico.
- Calendario de controles prenatales completos: 5 controles prenatales con intervalos de al menos 1 mes.
- Consejería integral en salud sexual y en el cuidado de la salud y la de su hijo/a.
- 2 ecografías.
- En el segundo y anteúltimo control prenatal: datos de serología (VDRL, Hepatitis B, HIV, Chagas y Toxoplasmosis) y Hematocrito y Hemoglobina (anemia).

El Esquema de Vacunación en el embarazo incluye:

- Vacuna antigripal: deberá darse a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.
- Doble Adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.

El Esquema de Vacunación en el puerperio incluye:

- Vacuna antigripal: si no la recibió en el embarazo.
- Doble adulto: de no contar con el esquema completo, o sea, si no se tiene una dosis registrada en los últimos 10 años, se debe dar una dosis.
- Doble Viral o Triple Viral (en el post-parto): si no tiene registro de al menos 2 dosis de la vacuna después del año de edad o una dosis en la última campaña, deberá darse cualquiera de estas vacunas.

El Esquema de Vacunación para el Recién Nacido incluye:

- BCG antes del alta de la maternidad.
- Hepatitis B antes de las 12 horas de vida.

**ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**

**EL PAGO DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL SOLICITADA QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES Y SIEMPRE QUE NO EXCEDAN DE 6 (SEIS) MENSUALIDADES.**

**ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.**

**EL PAGO DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL SOLICITADA QUEDA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES Y SIEMPRE QUE NO EXCEDAN DE 6 (SEIS) MENSUALIDADES.**