

### הנדון: הגשת תביעה לקצבת זקנה מאורגוואי

מצורף בזה טופס תביעה לקצבת זקנה מאורגוואי. לשם העברת טופס התביעה למוסד לביטוח סוציאלי באורגוואי, נבקש:

1. למלא בספרדית את הטופס המצורף. נא להקפיד על כתב יד ברור.
2. לחתום על הטופס במקום המיועד לחתימת התובע/ת.

נא להחזיר אלינו את טופס התביעה החתום בצירוף המסמכים הבאים:

- העתק של תעודת הזהות מאורגוואי או של דרכון מאורגוואי (גם אם פג תוקפו). אם אין ברשותך את המסמכים הנ"ל, ניתן לשלוח צילום של מסמך רשמי אחר בו רשום מספר הזהות שלך באורגוואי.
- העתקים של אישורי עבודה, וכל מסמך המעיד על תקופות עבודתך באורגוואי.
- מסמך בשפה הספרדית (רצוי מודפס, או באותיות דפוס) שבו אתה מצהיר על מקומות עבודתך באורגוואי (DECLARACION). הינך מתבקש לפרט על גבי המסמך את מקומות העבודה באופן כרונולוגי, ולרשום לגבי כל מקום עבודה את הפרטים הבאים:

- שם המפעל/העסק
- תאריך תחילת העבודה ותאריך סיום העבודה
- שם המנהל/בעל העסק (PATRON)
- כתובת של כל מקום עבודה

- אם אין ברשותך אישורים על העבודה באורגוואי, הינך מתבקש לרשום על גבי מסמך ההצהרה (DECLARACION) את שמם וכתובתם של עדים המתגוררים כיום באורגוואי, ואינם קרובי משפחתך, אשר יוכלו להעיד לגבי תעסוקתך במקום העבודה עליו אתה מצהיר. נדרשים שני עדים לגבי כל מקום עבודה. לחילופין, מתבקשים שני עדים שהכירו את פעילותך באורגוואי.

BTL.GOV.IL

**For correspondence only:**

National Insurance Institute

International Affairs

217, Jaffa Street

Jerusalem 9199908, Israel

טל.: 04-8812345

972-8-9369669

פקס: 02-6512683

פנו אלינו: [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

**למכתבים בלבד:**

המוסד לביטוח לאומי

קשרי חוץ לאמנות בינלאומיות

רחוב יפו 217

ירושלים 9199908

Uruguay - N° Exped./File Nr.:	
Israel - N° Exped./File Nr.:	

1) <b>Organismo de Enlace/Liaison body:</b>	
	Dirección/Address:

**2) Datos relativos al solicitante/Personal Data of the Claimant.**

Nombre completo/Full name:			
Otros nombres utilizados actualmente o en el pasado (por ej. Nombre de soltera)/Other names used now or in the past (e.g. Name before marriage):			
Nombre completo del padre/Father's full name:			
Nombre completo de la madre/Mother's full name:			
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:			
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:			
Pasaporte N° / Passport Nr.		emitido por/issued for:	
Fecha de nacimiento/Date of birth:			
Lugar de nacimiento/Place of birth:			
Domicilio/Residential address:			
Fecha de emigración/Migration date:			
.F.A.P. Elegida en Uruguay/Selected A.F.A.P. In Uruguay:			

**3) Datos relativos al cónyuge/Personal data of the spouse.**

Nombre completo del (de la) cónyuge/ Full name of Spouse:			
Fecha de nacimiento/Birth date:		Sexo/Sex:	M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:			
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:			
Pasaporte N° / Passport Nr.		emitido por/issued for:	



**4) Datos relativos a hijos menores de 22 años/Personal data of children under age 22 years.**

Nombre/Name.			
Fecha de nacimiento/Date of birth:			
Sexo/Sex:	M:		F:
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:			
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:			
Nombre/Name.			
Fecha de nacimiento/Date of birth:			
Sexo/Sex:	M:		F:
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:			
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:			
Nombre/Name.			
Fecha de nacimiento/Date of birth:			
Sexo/Sex:	M:		F:
Cédula de identidad uruguaya/Uruguayan ID number:			
Documento de identidad israelí/Israeli ID number:			
<p align="center"><b>Hijos que hayan alcanzado los 18 años de edad */Children, who have reached the age of 18 *:</b></p> <p>* y que estén estudiando o en el servicio militar. Indicar el nombre de la institución de enseñanza o el tipo de servicio militar (servicio militar común, servicio nacional, reservas académicas, pre-entrenamiento militar, servicio militar voluntario)/</p> <p>* and are presently studying or in the military service. Please list names of educational institutions or kind of military service (regular military service, national service, academic-reserves, premilitary training, voluntary military service).</p>			

**5) Lugar de pago/Place where benefits are to be paid.**

Nombre del Banco/Name of Bank:			
Sucursal/Branch:			
Dirección del Banco/Bank address:			
N° de cuenta/Account number (incluyendo Número de Banco y de sucursal/including Bank Number and branch number):			
Cuenta a nombre de:/The account is in the name of:			



**6) Información referente a ingresos del solicitante y de su cónyuge (indique únicamente el monto del último mes) / Information concerning claimant's income and his/her spouse's income (please list only last month's income)**

Si no percibe ningún ingreso indíquelo/if  
you have no income please indicate:

	<i>Ingresos mensuales del/de la cónyuge/Spouse's monthly income</i>	<i>Ingresos mensuales del/de la solicitante/Claimant's monthly income</i>
<i>Cantidad/Amount</i>		
<i>Trabajo/Work</i>		
<i>Pasividad de Uruguay/Pension from Uruguay</i>		
<i>Pasividad de Israel/Pension from Israel</i>		
<i>Pasividad del extranjero/Pension from abroad</i>		
<i>Capital (ingresos por rentas, intereses devengados, etc.)/Capital (income from rent, interest earned on capital, etc.)</i>		
<i>Otras fuentes de ingresos/Other income sources.</i>		

Indique los periodos en el extranjero mayores de 12 meses, posteriores a su inmigración a Israel/Indicate time periods abroad exceeding 12 months since your immigration to Israel.

[illegible]

# 8) **Períodos de trabajo (horario completo o parcial)/Work periods (full-time or part time).**

## a) **Períodos de trabajo en Israel/Employment periods in Israel:**

Los solicitantes del sexo masculino deberán denunciar todos los períodos de trabajo (tanto de horario parcial o completo), desde 1954 hasta la fecha de solicitud, o desde la inmigración a Israel (si es posterior a 1954)./Male Claimants are requested to list all employment periods (part-and full-time) between 1954 and claim date, or from immigration to Israel (if it took place after 1954).

Las solicitantes del sexo femenino deberán denunciar (para su propio beneficio), los períodos de trabajo u ocupación desde los 18 años de edad o desde la fecha de inmigración a Israel, o desde 1954 (el más reciente de los tres), hasta la fecha de la solicitud./Female Claimants are requested (to their own benefit) to list all employment and occupation periods from the age of 18 or from date of immigration to Israel, or from 1954 (the later of the three) to the date of the claim.

## b) **Para los trabajos desarrollados en Uruguay/Employment periods in Uruguay:**

Los solicitantes deberán denunciar todos los períodos de trabajo realizados hasta la fecha de la solicitud./Claimants are to list all work periods until the date of the claim.

Períodos/Time period.		Institución Gestora donde hubiere realizado aportes durante los períodos en que no era asalariado./Competent Institution branch where contributions were paid during periods you were not a salary or wage worker.	Lugar de trabajo ASALARIADOS: indicar nombre y dirección del empleador; TRABAJADORES INDEPENDIENTES: indicar nombre y dirección de la empresa./Place of work: For SALARY or WAGE WORKERS: indicate name and address of employer. For SELF-EMPLOYED: indicate name and address of enterprise.	Tipo de ocupación (asalariado, trabajador independiente desempleado)./Type of occupation (salary or wage worker, self-employed, unemployed).
Desde/From	Hasta/To			

# 9) **Información concerniente al trabajador/Information concerning work.**

He cesado en el trabajo. Voy a cesar en el trabajo el .../I have stopped working. I intend to stop working on...	
He disminuído mis horas de trabajo (desde)...../I have/will cut down my work hours (since).....	
Continúo en el trabajo con horario completo./I continue to work full-time.	

**Declaración/Declaration.**

*Declaro que todos los datos establecidos en la presente, son exactos y completos. Tengo conocimiento que la ocultación de información así como brindar información falsa, constituyen una violación de la Ley y la Institución Gestora podrá reclamar el reembolso de las sumas pagadas indebidamente. En caso de modificación de cualquiera de los datos aportados en la presente solicitud, como ingresos, estado civil o dirección, me obligo a informarlo en forma inmediata a la Institución Gestora Competente.*

*I hereby declare that the particulars contained in my claim are accurate and complete. I am aware that withholding information or submission of false information constitutes an unlawful act, and that the Competent Institution may claim return of all sums paid unlawfully. If any change should occur regarding information given herein, such as details of income or family status or address I shall immediately inform to Competent Institution.*

Fecha /  
Date:

--	--	--

\_\_\_\_\_  
Nombre / Name

\_\_\_\_\_  
Firma / Signature

**Solamente para uso Oficial/For Official use only**

<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					
<b>Fecha de Solicitud</b> <b>Date of Claim</b>	<b>Fecha de Presentación</b> <b>Entry Date</b>	<b>Nombre del Funcionario</b> <b>Officer's Name</b>	<b>Firma</b> <b>Signature</b>						



- BPS**  
Banco de Previsión Social

## DECLARACIÓN DE PERÍODOS TRABAJADOS

(1) NOMBRE DEL SOLICITANTE: PABLO PEREZ	(2) C.I.: 2.222.222/2
---	-----------------------

[illegible]

**GERENCIA TRÁMITES  
PRESTACIONES DE PASIVIDAD**

**SECCION TESTIGOS**

Fecha:

Nombres y Apellidos del Titular

C.I.

Expediente N°

---

**DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIO DOMÉSTICO**

**Art. 239 del Código Penal: "EL QUE, CON MOTIVO DEL OTORGAMIENTO O FORMULACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO ANTE UN FUNCIONARIO PÚBLICO, PRESTARE UNA DECLARACIÓN FALSA SOBRE SU IDENTIDAD O CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA DE HECHO, SERA CASTIGADO CON TRES A VEINTICUATRO MESES DE PRISIÓN"**

Nombre del patrón o la patrona

Período de actividad

- 1) ¿Tiene algún grado de parentesco con el patrón/a? En caso afirmativo, indique cuál.
- 2) ¿Desde qué fecha y cómo lo/a conoció?
- 3) Aportar el o los domicilios donde trabajó con este/a patrón/a.
- 4) Mencione días y horario de trabajo, especificando si era con retiro o con cama.
- 5) Detalle las tareas que usted realizaba.



**GERENCIA TRÁMITES  
PRESTACIONES DE PASIVIDAD**

**SECCION TESTIGOS**

6) Aportar nombres y apellidos, edades aproximadas y actividades de cada uno de los integrantes de la familia donde trabajó.

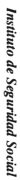
7) El patrón/a, ¿será propuesto como testigo? En caso negativo, indique los motivos.

**En el día de la fecha ..... y en presencia del funcionario actuante, el titular suscribe la presente declaración, en conocimiento de que el B.P.S. se reserva el derecho a verificar la información proporcionada, así como cotejarla con los antecedentes registrales y/o jubilatorios que la Institución posee del declarante.**

**En caso de comprobarse declaración testimonial falsa, se adoptarán las medidas legales que correspondan, con la intervención judicial pertinente.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO ACTUANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR



## DOMICILIOS OCUPADOS DESDE EL INICIO DE SU ACTIVIDAD

(2) C.I.:

(9) FIRMA Y NUMERO DE FUNCIONARIO	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O APODERADO

## INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR FORMULARIO DE "DOMICILIOS OCUPADOS"

- 1) NOMBRE DEL SOLICITANTE
- 2) NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE
- 3) DOMICILIO - CALLE
- 4) NÚMERO DE PUERTA
- 5) NÚMERO DE APARTAMENTO, EN CASO DE CORRESPONDER
- 6) LOCALIDAD (MONTEVIDEO O LOCALIDAD DEL INTERIOR)
- 7) PERÍODO (DESDE Y HASTA QUÉ AÑO RESIDIÓ EN DICHA DIRECCIÓN)
- 8) OBSERVACIONES
- 9) FIRMA HABITUAL DEL TITULAR O APODERADO

**NOTA: SE DEBERÁN DECLARAR LOS DOMICILIOS OCUPADOS POR EL TITULAR DEL TRÁMITE,  
DESDE EL INCIO DE SU ACTIVIDAD LABORAL, HASTA LA ACTUALIDAD**