



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Aguas, Serv. Publ y M. Ambiente  
Comisión de Asistencia al Usuario - Casos Sociales

<b>CASOS SOCIALES</b>
Solicitud N°:.....
Fecha:.....
Fecha de Recepción:.....

TRAMITE GRATUITO

SECC:
MANZ:
UF:

**SOLICITUD DE ACOGIMIENTO**

COMISION DE ASISTENCIA AL USUARIO PARA LOS CASOS SOCIALES

**DATOS PERSONALES DEL USUARIO:**

Apellido:.....Nombres (completo) :.....

Documento de identidad tipo:..... N°:..... Estado Civil:.....

Domicilio:..... TEL: .....

Localidad:..... Departamento:.....

¿Tiene empleo estable?: SI - NO      Jubilado: SI - NO      Pensionado: SI - NO

Ingreso promedio mensual: .....

**DATOS PERSONALES DE LOS DEMAS OCUPANTES DEL INMUEBLE:**

Apellido	Nombres	Edad	D.N.I.	Ingreso
<b>TOTAL DE INGRESOS</b>				

¿Alguno de los integrantes del grupo familiar padece problemas de salud? SI  NO

En caso afirmativo, indique quien:.....

Diagnostico:.....

Indique si es:                      Permanente                       Temporal

¿Realiza tratamiento?      SI       NO       (adjuntar certificado médico)

En consultorio:                      Privado                       Salud Pública

¿Posee Obra Social?              SI               NO

¿Cuál?.....

Observaciones: .....

**DATOS PERSONALES DE HIJOS QUE CONVIVAN FUERA DEL INMUEBLE.**

Apellido	Nombres	Edad	D.N.I.	Domicilio	Ingreso

Observaciones: .....



# Provincia de Santa Fe

Ministerio de Aguas Servicios Públicos y MA

Comisión de Asistencia al Usuario - Casos Sociales

## DATOS DEL INMUEBLE

### Ubicación

Calle:.....N°.....

Localidad:.....Departamento:.....

Cuenta de ASSA N°:.....

Unidad de Facturación N°:..... Partida inmobiliaria:.....

¿Es propietario de otro inmueble?: SI – NO

## ESTADO DE SITUACIÓN DEL SERVICIO

1<sup>ER</sup> AVISO DE CORTE  2<sup>DO</sup> AVISO DE CORTE  SERVICIO CORTADO

SERVICIO REDUCIDO  ACCIÓN JUDICIAL

## SERVICIOS DE LA RED DOMICILIARIA

Instalación sanitaria: SI  NO

Baño: SI  NO  Cocina: SI  NO

Lavadero: SI  NO  Canilla de servicio: SI  NO

## ELIMINACIÓN DE ESCRETAS

Cloacas

Pozo absorbente

Letrina

## DATOS DE LA OCUPACIÓN

CARÁCTER DE LA OCUPACIÓN: .....

Consignar según corresponda: (1) Titular del dominio; (2) Poseedor de boleto de compraventa; (3) Inquilino; (4) Ocupante gratuito; (5) Otros.

Aclaración otros: .....

Número de personas que habitan el inmueble: ..... ¿Posee boleto de compraventa? SI – NO

Titular del dominio: .....

Domicilio :..... Tel: .....

Localidad :.....

### Cuenta con los servicios de :

- |                  |         |                                   |
|------------------|---------|-----------------------------------|
| 1. Electricidad: | SI – NO | } TACHAR LO QUE<br>NO CORRESPONDA |
| 2. Teléfono:     | SI – NO |                                   |
| 3. TV por cable: | SI – NO |                                   |
| 4. Gas Natural:  | SI – NO |                                   |



## Provincia de Santa Fe

Ministerio de Obras Servicios Públicos y Vivienda

Comisión de Asistencia al Usuario - Casos Sociales

[TRAMITE GRATUITO](#)

¡¡LEER ATENTAMENTE!!

Por la presente tomo conocimiento que la siguiente SOLICITUD DE ACOGIMIENTO al Sistema de ayuda a Usuarios de los servicios de Aguas y Cloacas, establecido por decreto 2141/99, previa evaluación de Asistente Social será sometida a la Resolución de la Comisión de Asistencia al Usuario para Casos Sociales.

Declaro conocer también que en caso de **resultar favorable**, la ayuda a recibir consistirá en un subsidio total o parcial, y por un período a determinar, de la facturación por los servicios de agua y cloacas que se generen a partir de la presentación de la solicitud. Dicho subsidio **no comprende, ni exime de la deuda atrasada** que pueda existir por períodos anteriores a la presentación de la solicitud.

De **resultar desfavorable** subsistirán las deudas contraídas hasta el dictado de la Resolución.

El que suscribe .....Doc. N° .....

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son correctos. Asimismo, acepta que la provincia, o a quien esta delegue, efectúe las consultas que considere necesarias a fin de verificar la información aportada en la presente declaración u otra que considere necesaria al presente fin.

.....

Lugar y fecha

.....

FIRMA

Recibido por .....

### DOCUMENTACIÓN INDISPENSABLE A PRESENTAR:

- Copia del boleto de compraventa ó del titulo de propiedad ó del contrato de alquiler.
- Certificado de vecindad expedido por Distrito Municipal.
- Fotocopia recibo de sueldo ( activo/jubilado/pensionado) del grupo familiar
- Fotocopias primera hoja documentos de identidad de cada integrante del grupo conviviente.
- Fotocopias de la **última boleta** (paga ó impaga) de: inmobiliario (API), tasa municipal (TGI) y factura de agua (factura común de bimestre), luz (EPE), gas natural y TV por cable.
- Fotocopias **últimas tres facturas** (pagas ó impagas) de teléfono. **Fotocopias de todas sus hojas.**
- En caso de enfermedad presentar certificado médico.
- De no contar con servicio de luz eléctrica, deberá presentar constancia de retiro de medidor o estado de deuda en la EPE