



Form.  
PS.2.75

**DD.JJ - Maternidad Servicio Doméstico**

Frente

Código Dependencia

UDAI

Trámite N°

**Rubro 1 - Datos de la Solicitante**

CUIL

N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Correo Electrónico : Teléfono :

**Rubro 2 - Datos del Empleador**

CUIL

N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Correo Electrónico : Teléfono :

**Rubro 3 - Datos de la Licencia por Maternidad**

Tipo de novedad  Alta  Baja

Opción  1 45 días pre parto - 45 días post parto

2 30 días pre parto - 60 días post parto

Fecha de Notificación de la Licencia por Maternidad al Empleador (día/mes/año)

Motivo de la Baja  257 Interrupción del Embarazo

210 Fin de Relación Laboral

**Rubro 4 - Datos del Certificado Médico y Médico Certificante**

Fecha del Certificado Médico (día/mes/año)

Semanas de Gestación

Tipo de Fecha de Parto: Probable de Parto (1) / Real de Parto (2) (día/mes/año)

Fecha de Interrupción del Embarazo (día/mes/año)

Apellido/s y Nombre/s

Matrícula Número

Nacional

Provincial

T. del Fuego

CUIL/CUIT del Médico Certificante:

Lugar y Fecha: (día/mes/año)

Firma y Sello del Médico Certificante

**Los datos de este rubro deberá cumplimentarlos el médico con las mismas fechas del certificado médico con el cual la trabajadora del servicio doméstico declaró su embarazo y solicitó la licencia ante el empleador, o bien, omite cumplimentar el Rubro 4 y presente copia, certificada por el empleador, del certificado médico con el cual declaró su estado de embarazo y solicitó la licencia.**

Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social



Form.  
PS.2.75

**DD.JJ - Maternidad Servicio Doméstico**

**Talón para la solicitante**

Código Dependencia

UDAI

Trámite N°

Tipo de novedad  Alta  Baja

**Datos de la Solicitante**

CUIL Solicitante

Apellido/s y Nombre/s

Firma, Aclaración y Legajo Agente Interviniente

Fecha de recepción y sello

Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

**Rubro 5 - Datos del Empleo**

Horas trabajadas semanalmente

1	Menos de 12 horas	
2	Entre 12 y 16 horas	
3	Más de 16 horas	

Monto que percibe mensualmente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Son pesos: \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ centavos

Con Retiro: 

1	Si	
---	----	--

2	No	
---	----	--

Fecha de Ingreso al empleo: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(día/mes/año)

**Rubro 6- Firmas**

\_\_\_\_\_  
Firma de la Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleador

\_\_\_\_\_  
Aclaración de la Solicitante

\_\_\_\_\_  
Aclaración del Empleador

\_\_\_\_\_  
Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

\_\_\_\_\_  
Sello de Recepción de ANSES

**Rubro 7 - Representante**

CUIL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de Documento 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido/s y Nombre/s \_\_\_\_\_

Correo Electrónico : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Representante

**Instrucciones para completar el formulario**

A fin de completar los casilleros habilitados se deberá marcar con una "X" la opción que corresponda.  
 En caso de de interrupción del embarazo o fin de la relación laboral deberá actualizar los datos del presente formulario confeccionando uno nuevo y presentarlo en una Unidad de Atención Integral (UDAI - Oficina de Atención al Público) de ANSES.  
 Se deberá consignar "Fecha Real de Parto" sólo cuando el nacimiento se produzca con anterioridad al inicio del goce de la licencia por maternidad.  
 El presente formulario deberá ser acompañado del Formulario F.102/B de AFIP y la Constancia del Trabajador - Alta.  
 El campo "Fecha de Notificación de la Licencia por Maternidad al Empleador" deberá ser cumplimentado con la fecha en la cual la trabajadora presentó certificado médico ante su empleador e informó como iba a hacer uso de su licencia (30 días pre/60 días post - 45 días pre/45 días post).

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.

En caso de de interrupción del embarazo o fin de la relación laboral deberá actualizar los datos del presente formulario confeccionando uno nuevo y presentarlo en una Unidad de Atención Integral (UDAI - Oficina de Atención al Público) de ANSES.  
 Se deberá consignar "Fecha Real de Parto" sólo cuando el nacimiento se produzca con anterioridad al inicio del goce de la licencia por maternidad. En caso de haber presentado un formulario con anterioridad deberá actualizar los datos cumplimentando un nuevo formulario.

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.