

Prestadora	 AXXE S.A.	ID de Suministro / N° de Cliente
------------	---	----------------------------------

¿CONSIDERA QUE NECESITA SER BENEFICIARIO DE LA TARIFA SOCIAL?

Con la declaración de la Emergencia Energética hasta el 31 de diciembre de 2017, el Gobierno inició, en diciembre de 2015, la implementación de actualizaciones tarifarias que permitirán normalizar la situación del gas distribuido por redes, mejorar la calidad del servicio, incentivar las inversiones y reducir los subsidios.

La nueva Tarifa Social apunta a proteger a los sectores más vulnerables de todo el país otorgándoles el beneficio de acceder a los servicios con precios acordes a su situación particular. Usted puede solicitar el ingreso al Registro de Beneficiarios de la Tarifa Social, si su actual situación socio-económica se encuadra en alguno de los siguientes ítems.

1. Indique con una X el motivo por el cual solicita la TARIFA SOCIAL:

1. Ser jubilado o pensionado o trabajador en relación de dependencia que perciba una remuneración bruta menor o igual a DOS (2) Salarios Mínimos Vitales y Móviles.	<input type="checkbox"/>
2. Ser trabajador <<monotributista>> inscripto en una categoría cuyo ingreso anual mensualizado no supere en DOS (2) veces el Salario Mínimo Vital y Móvil.	<input type="checkbox"/>
3. Ser beneficiario de una Pensión no Contributiva y percibir ingresos mensuales brutos no superiores a DOS (2) veces el Salario Mínimo Vital y Móvil.	<input type="checkbox"/>
4. Ser titular de Programas Sociales.	<input type="checkbox"/>
5. Estar inscripto en el Régimen de Monotributo Social.	<input type="checkbox"/>
6. Estar incorporado en el Régimen Especial de Seguridad Social para empleados del Servicio Doméstico (Ley N° 26.844).	<input type="checkbox"/>
7. Estar percibiendo el seguro de desempleo.	<input type="checkbox"/>
8. Ser titular de una Pensión Vitalicia a Veteranos de Guerra del atlántico Sur.	<input type="checkbox"/>
9. Contar con un certificado de discapacidad expedido por autoridad competente.	<input type="checkbox"/>
10. Tener el titular o uno de sus convivientes una enfermedad cuyo tratamiento implique electro-dependencia	<input type="checkbox"/>

1.1 Situación particular no contemplada en los motivos precedentes.	<input type="checkbox"/>
<i>Indique:</i>	

1.2 Condición de Usuario Esencial.	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------

Este formulario deberá presentarse acompañado de copias legibles del DNI del titular o representante legal y la factura del servicio de gas natural por redes, así como toda la documentación que respalde su solicitud, por ejemplo: recibo de haberes y/o ingresos, certificado de discapacidad vigente, etc. Si la documentación presentada resultara insuficiente, se le confiere un plazo perentorio de QUINCE (15) días corridos para cumplimentar con la presentación de la misma.

La vigencia del beneficio de Tarifa Social es de SEIS (6) meses contados a partir de la fecha de su inclusión-salvo que incurra en una de las causales de exclusión prevista en el Anexo I de la Resolución MINEM N° 219-E/2016.

Esta Presentación quedará sujeta a posibles normativas modificatorias que se dicten en el futuro.

Esta Solicitud del Beneficio de Tarifa Social reviste carácter de **Declaración Jurada** y será cerciorada con las bases de datos contributivas. Asimismo, podrá solicitarse documentación respaldatoria complementaria.

2. Integrantes del hogar / vivienda - Datos socioeconómicos

TIPO DE DOCUMENTO	N° DE DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO CON EL TITULAR	¿ES MAYOR DE 18 AÑOS? (SI/NO)

Ingreso total aproximado del hogar en pesos:

.....

.....

\$

3. Datos de suministro

¿Posee algún otro servicio de gas a su nombre? SI NO

	CALLE Y N°	LOCALIDAD	CP	PROVINCIA
Servicio 1				
Servicio 2				
Servicio 3				

TITULAR DEL SERVICIO	Nombre y Apellido	Firma del Titular del Servicio
	Tipo y N° de Documento	
	CUIL/CUIT	
	Teléfono de Contacto	

REPRESENTANTE LEGAL <small>(En caso de corresponder)</small>	Nombre y Apellido	Firma del Representante Legal
	Tipo y N° de Documento	
	CUIL/CUIT	
	Teléfono de Contacto	

DATOS A COMPLETAR POR LA PRESTATARIA DEL SERVICIO

Fecha		
Lugar		
Nombre y Apellido del receptor		Firma receptor