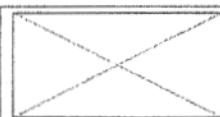


ANEXO II



FORMULARIO PARA EL MANTENIMIENTO DEL SUBSIDIO

DATOS DE LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN LA VIVIENDA

Cuántas personas habitan en el domicilio del suministro? _____

Cantidad de ambientes de la vivienda: _____

| NRO | TIPO DOCUMENTO | NUMERO DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDO | CUIL/CUIT | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE |
|-----|----------------|------------------|-------------------|-----------|-------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |

En el domicilio posee servicio de Electricidad? (Marcar con "X" la opción que corresponda)

En caso de respuesta afirmativa, por favor completar los datos que se detallan a continuación

Si No

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL TITULAR DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO

Prestadora: _____ Nro de Cliente: _____ Usted es titular del servicio? Si No
 Nombre: _____ Apellido: _____
 Tipo Documento: _____ Nro Documento: _____ CUIT/CUIL: _____

En el domicilio se consume Gas Envasado? (Marcar con "X" la opción que corresponda)

Si No

Indique el tipo de gas envasado que consume Garrafa Tubo Cilindro Otro Detalle: _____

Indique la cantidad de Kg/mes consumidos _____

En el domicilio posee servicio de Gas de Red? (Marcar con "X" la opción que corresponda)

Si No

En caso de respuesta afirmativa a la consulta anterior, por favor completar los datos que se detallan a continuación

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL TITULAR DE GAS DE RED

Prestadora: _____ Nro de Cliente: _____ Usted es titular del servicio? Si No
 Nombre: _____ Apellido: _____
 Tipo Documento: _____ Nro Documento: _____ CUIT/CUIL: _____

El domicilio posee servicio de Desagües Cloacales? (Marcar con "X" la opción que corresponda)

Si No

El domicilio posee servicio de Agua Corriente? (Marcar con "X" la opción que corresponda)

Si No

En caso de respuesta afirmativa a la consulta anterior, por favor completar los datos que se detallan a continuación

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL TITULAR DE AGUA DE RED/DESAGÜES CLOCALES

Prestadora: _____ Nro de Cliente: _____ Usted es titular del servicio? Si No
 Nombre: _____ Apellido: _____
 Tipo Documento: _____ Nro Documento: _____ CUIT/CUIL: _____

Indicar ingresos netos aproximados del hogar en \$: _____

Usted considera que necesita mantener el subsidio brindado por el Estado Nacional?

Si No

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACIÓN

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA

[Handwritten signatures and marks]

ANEXO II



FORMULARIO PARA EL MANTENIMIENTO DEL SUBSIDIO

DATOS DEL SOLICITANTE:

N° DE REGISTRO UNICO 00000000

| | | |
|---------------------|---------------------|--------------------|
| Nombre | Apellido | Tipo Documento |
| Nro Documento | Numero de CUIL/CUIT | Correo Electrónico |
| Teléfono Particular | Teléfono Móvil | |

DATOS DE LA VIVIENDA

| | | | |
|--|--------|-----------|--------------|
| Calle | Número | Piso | Departamento |
| Datos complementarios <small>Ejemplo: Puerta, Muebles, Escalera, Bate Calles, Lote, etc.</small> | | | |
| Localidad | CP | Provincia | |
| Indique el carácter en que ocupa la vivienda: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Inquilino <input type="checkbox"/> Otra situación ¿Cual? | | | |
| En caso de seleccionar "Inquilino" ingresar la fecha de finalización del contrato / / | | | |

EL HOGAR PRESENTA ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES...?

- 1) Domicilio afectado por actividades de índole social (Ej.: hogares sustitutos; comedores comunitarios; centros de recuperación; etc.)..... Si No
 En caso de respuesta afirmativa, indique cual:
 -Comedor comunitario -Hogar sustituto -Centro de recuperación -Otros Detalle _____
- 2) En su vivienda conviven múltiples hogares..... Si No
 En caso de respuesta afirmativa, indique el número de hogares que comparten medidor _____
- 3) Características edilicias desfavorables que implique la utilización de un mayor consumo de los servicios..... Si No
 En caso de respuesta afirmativa detallar el/los problemas observados:

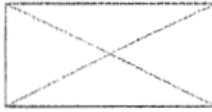
- 4) Vivienda con local anexo destinado a la actividad comercial (o cualquier actividad comercial en viviendas)..... Si No
 En caso de respuesta afirmativa, indicar si dicho local:
 -Es explotado comercialmente por un miembro del hogar solicitante -Es alquilado a un tercero -Otros Detalle _____
- 5) Ingresos familiares insuficientes para afrontar el pago de la tarifa plena:..... Si No

¿USTED O ALGUN HABITANTE DE LA VIVIENDA SE ENCUENTRA BAJO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES...? (adjuntar documentación respaldatoria) (en caso de haber completado la Declaración Jurada, no es obligatorio responder el siguiente cuadro)

| | |
|--|---|
| Ser destinatario (titular) de un Plan o Programa Social..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Percibir como único ingreso provisional una jubilación y o pensión equivalente al haber mínimo..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Ser beneficiario de un subsidio por desempleo..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Contar con Certificado de Discapacidad..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Acreditar una enfermedad crónica que implique un mayor consumo de los servicios..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Percibe pensiones no contributivas..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Percibe alguna asignación familiar..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Se encuentra exento del pago de ABL o tasas cobradas a un inmueble por alumbrado, barrido, limpieza u otros servicios generales..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Otras causas no enumeradas anteriormente..... | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Detalle de causa no enumerada | |

[Handwritten signatures and initials]

ANEXO II



FORMULARIO PARA EL MANTENIMIENTO DEL SUBSIDIO

APARTADO PARA USO EXCLUSIVO DEL ENTREVISTADOR

1) Indique el estado general de la vivienda, entendiéndose por pisos, techo, paredes y amobiamiento

- En buen estado de conservacion
- En mal estado de conservacion

2) Accesos al barrio

- Es una zona cercana a un centro comercial
- Acceso a diversos servicios de transporte publico (Colectivos, tren, etc.)
- Vivienda situada en un radio de hasta 10 cuadras de una estacion de tren
En caso de no tildar este item, por favor detalle la cantidad de cuadras a la estacion de tren mas proxima
- Vivienda situada en un radio de hasta 10 cuadras de una parada de colectivo
En caso de no tildar este item, por favor detalle la cantidad de cuadras a la parada de colectivo mas proxima
- Vivienda situada en un radio de hasta 10 cuadras de una estacion de subte
En caso de no tildar este item, por favor detalle la cantidad de cuadras a la parada de colectivo mas proxima

| |
|--|
| |
| |
| |

3) Estado general de las calles

- Buen pavimento
- Pavimento con baches y en mal estado
- Calle de tierra
- Posee alumbrado publico

4) Observaciones relevantes complementarias

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA

Handwritten signatures and initials:
A
aw
ll
el
B