

**CARTA COMPROMISO DEL PROGRAMA FAMILIAS
POR LA INCLUSIÓN SOCIAL**

Fecha:

--	--	--	--

Provincia:	
Municipio/Localidad:	

Por la presente, _____ con Clave Única de Identificación Laboral (CUIL) número _____, opto por pasar al PROGRAMA FAMILIAS y declaro bajo juramento que mi nivel máximo de escolaridad es: _____ y que ningún miembro del núcleo familiar cobra Seguro de Desempleo y que el núcleo familiar cumple con los requisitos para ser beneficiario. Asimismo, para hacerme acreedor/a del beneficio monetario del PROGRAMA FAMILIAS de \$155 (pesos ciento cincuenta y cinco) por un niño a cargo y/o embarazo más \$30 (pesos treinta) por cada niño adicional, hasta un máximo de 6 niños/as y un máximo de \$305.- (pesos trescientos cinco), me comprometo a cumplir con las condicionalidades de salud y educación del Programa y a presentar las certificaciones que éste requiera.

(a) *Condicionalidades de salud:*

- (i) Cumplimiento del Plan Nacional de Vacunación, conforme sea indicado por el Ministerio de Salud de la Nación.

EDAD	BCG	Hepatitis B	Cuádruple	Sabin	Triple Bacteriana	Triple Viral	Doble Bacteriana
Recién nacido/a	1ª dosis	1ª dosis					
2 meses		2ª dosis	1ª dosis	1ª dosis			
4 meses			2ª dosis	2ª dosis			
6 meses		3ª dosis	3ª dosis	3ª dosis			
12 meses						1ª dosis	
18 meses			4ª dosis	4ª dosis			
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis	
11 años		Iniciar o completar esquema				Refuerzo	
16 años							Refuerzo

- (ii) Controles de embarazo bimestral para las mujeres embarazadas;

(b) *Condicionalidades de educación*

Matriculación inicial y continuidad de cumplimiento **de las condiciones de alumno regular según la normativa vigente en cada provincia**, para cada uno de los niños y niñas a cargo del titular, desde 5 años de edad, hasta los 18 años o la culminación del nivel secundario o polimodal, lo que ocurra primero.

El PROGRAMA FAMILIAS garantizará la continuidad del subsidio durante la migración. En caso de no cumplimiento de los compromisos asumidos, podré ser suspendido del PROGRAMA FAMILIAS y por ende dejar de percibir el beneficio, que será restituido en la medida en que se vuelva a demostrar la asistencia escolar y la vacunación de mis hijos/as y/o niños/as a cargo y el control de embarazo. Dejo expresa constancia de que una vez cumplido el período de vigencia y desarrollo del PROGRAMA FAMILIAS, o que por distintas circunstancias deje de ser beneficiario/a del mismo, dejaré de percibir este beneficio sin tener derecho a reclamo alguno.

Firma por el PROGRAMA FAMILIAS

Firma del/a TITULAR del BENEFICIO

Aclaración y Documento de Identidad

Es Ud. titular del beneficio, la persona que lo cobrará. Nadie tiene derecho a reclamarle dinero de este subsidio.
--

Consultas: 0800-222-3294