

## **ANEXO I – RESOLUCIÓN 1445/23**

### **Programa de Integración del Aporte Mínimo Anual (PIAMA)**

#### **Formulario de Solicitud de Asistencia**

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre Completo del Afiliado: \_\_\_\_\_

Código de Afiliado: \_\_\_\_\_

Domicilio Profesional: \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Declaro que he leído y comprendido la Resolución del Directorio de la Caja Forense de La Pampa N° 1445/2023 referente al Programa para la Integración del Aporte Mínimo Anual (PIAMA), y solicito la asistencia del mismo bajo las siguientes consideraciones:**

**1. Cumplimiento de Pautas de Elegibilidad:**

- Entiendo que el Directorio ha determinado la aplicabilidad de PIAMA, por haberse verificado las pautas objetivas establecidas por la Resolución n° 1445/2023: a) el porcentaje de afiliados que no ha alcanzado a cubrir el aporte mínimo anual al 31 de diciembre resultó ser igual o superior al setenta por ciento (70%); y b) la suma de este porcentaje y el de la inflación acumulada en el año resultó ser igual o superior al ciento diez por ciento (110%).
- Manifiesto bajo juramento que la crisis económica generalizada me ha afectado en términos de no poder completar el Aporte Mínimo Anual con los ingresos generados durante el año.

**2. Año previsional sobre el cual se solicita el beneficio:** \_\_\_\_\_ (*\*Sólo puede ser el año inmediato anterior a la fecha de la solicitud*).

**3. Porcentaje de Asistencia Solicitado:** \_\_\_\_\_% (*\*No puede exceder el 50% del Aporte Mínimo Anual correspondiente al año. Los aportes realizados por el afiliado son parte integrante del Patrimonio de la Caja, artículos 41 y 42 Ley 1861*).

**4. Cumplimiento de Requisitos:**

- Hasta la fecha de vencimiento del aporte mínimo anual, he cubierto al menos la mitad de mi aporte obligatorio.
- No tengo deuda pendiente con el Fondo Solidario.

**5. Plazo para el reintegro voluntario del Aporte Asistido:**

- En caso de resultar asistido por el PIAMA, tengo pleno conocimiento que cuento con la opción de reintegrar, total o parcialmente, y dentro del plazo de diez (10) años, el aporte por el que fui asistido, al Valor Técnico Actuarial vigente al momento de la cancelación.

**VTA** = Valor Técnico Actuarial

**AMA** = Aporte Mínimo Anual vigente a la fecha del reintegro de la asistencia del programa

**COEF** = coeficiente para la determinación del VTA según tabla

**%AP** = Porcentaje del AMA asistido por el programa

**Monto a reintegrar al VTA** = (AMA x %AP) x COEF

**6. Caducidad del plazo para el reintegro voluntario:**

- Tengo pleno conocimiento de que el plazo de reintegro quedará sin efecto automáticamente al inicio de los trámites para acceder al beneficio de jubilación ordinaria. En tal caso, manifiesto saber que deberé ejercer la opción de reintegrar el aporte asistido por el PIAMA, al Valor Técnico Actuarial vigente al momento de efectivizar el reintegro o de computar el año únicamente al porcentaje de la Categoría C que hubiere cubierto con mis propios aportes.

**7. Imputación de Excedentes Futuros:**

- Tengo pleno conocimiento que, en caso de registrar excedentes de aportes acumulados en mi Cuenta Individual en ejercicios futuros, podré solicitar que los mismos se imputen a cancelar total o parcialmente la asistencia del PIAMA, al Valor Técnico Actuarial vigente al momento de la imputación siempre dentro del plazo previsto en la Resolución N° 1445/23.

**8. Consentimiento informado respecto de las consecuencias de no reintegrar el aporte cubierto por el PIAMA:**

- Manifiesto haber sido debidamente asesorado acerca de las implicancias previsionales que conlleva la decisión de no ejercer la opción de reintegrar el aporte asistido por el PIAMA, conforme a las condiciones establecidas. Además, manifiesto tener pleno conocimiento de las implicancias económicas que se derivan de computar el año únicamente al porcentaje de la Categoría C que hubiera cubierto únicamente con mis propios aportes. Entiendo claramente que esta elección resultará en una disminución de mi futuro beneficio previsional y, en consecuencia, tengo plena conciencia de los efectos que esta situación puede acarrear durante mi etapa de jubilado.

**9. Manifiesto haber recibido la siguiente documentación:**

- Resolución N° 1445/23.
- Anexo con la explicación práctica de la aplicación del PIAMA.

**Firma del Afiliado:** \_\_\_\_\_

*En mi condición de personal dependiente de la Caja Forense de La Pampa manifiesto que la firma del solicitante inserta precedentemente lo ha sido en mi presencia.*

**Firma y sello del personal dependiente de la Caja:** \_\_\_\_\_

**Importante:** La presentación de esta solicitud no garantiza la aprobación automática para el ingreso al Programa para la Integración del Aporte Mínimo Anual (PIAMA). Será evaluada por la Caja Forense de La Pampa de acuerdo a las condiciones establecidas en la Resolución N° 1445/2023. Se le notificará por correo electrónico o teléfono sobre la decisión tomada.