Requisitos para acceder al programa:

El programa tiene como objetivo coadyuvar a reducir los gastos correspondientes a tarifas de Energía para viviendas de las familias que se encuentran bajo la línea de pobreza o indigencia, jubilados o pensionados con la mínima Nacional, personas con discapacidad de la Provincia de Córdoba.

Condiciones de accesibilidad:

- **Hogares que se encuentren bajo la línea de pobreza o indigencia (datos publicados por el INDEC).**
- **No ser propietario de más de un inmueble.**
- **No poseer auto modelo menor de 10 años.**
- **Exclusivamente para vivienda familiar (poseer solo un suministro).**

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DNI DEL TITULAR Y LOS OCUPANTES DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE.

PROGRAMA TARIFA SOCIAL PROVINCIAL

ENERGÍA

¿POSEE? SI☐ NO☐

COOP _____COD COOP_____

CUIT ___/_____/____

N° DE CONTRATO☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐

DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE

APELLIDO..... NOMBRECOMPLETO.....

SEXO..... ESTADOCIVIL..... FECHADENACIMIENTO..... TELÉFONO.....

DOCUMENTODEIDENTIDAD(TIPOYN°) ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐ CORREOELECTRÓNICO.....

NÚMERO DECUIL ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐

DATOS DEL DOMICILIO

CALLE..... N°..... PISO..... DPTO.

..... LOTE..... MZA..... BARRIO.....

.....

DATOS PERSONALES DE LOS OTROS OCUPANTES DEL INMUEBLE

APELLIDO Y NOMBRES	DNI TIPO Y N°	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	INGRESOS MENSUAL	VÍNCULO CON EL POSTULANTE	DISCAPACITADO		JUBILADO	
						SI	NO	SI	NO

CONDICIÓNLABORALDELTITULAR

☐ DEPENDIENTE☐ PERMANENTE

☐ AUTÓNOMO☐ TEMPORARIO

☐ OTROS☐ DISCAP.

☐ JUBILADO/PENSIONADO

INGRESO PROMEDIO MENSUAL ……...

OCUPACIÓN ……

LUGAR DE TRABAJO ……..

NIVEL DE ESCOLARIDAD ……..……..

GASTOS MENSUALES DELTITULAR

TELÉFONO FIJO/MOVIL SI☐ NO☐ ¿CUÁNTO ABONA POR MES? ……..…..

TV POR CALBE/INTERNET SI☐ NO☐ ¿CUÁNTO ABONA POR MES? ……

OBRA SOCIAL SI☐ NO☐ ¿CUÁNTO ABONA POR MES? ……

☐ ¿ES PROPIETARIO DEL INMUEBLE? ¿POSEE OTRO INMUEBLE? SI☐ NO☐

☐ ¿ALQUILA? ¿CUÁNTO ABONA? ……

Firma del declarante

Tipo y N° Documento

Aclaración de Firma