



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
ADMINISTRACIÓN GUBERNAMENTAL DE INGRESOS PÚBLICOS
SOLICITUD DE EXENCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

IMPUESTO INMOBILIARIO – TASA RETRIBUTIVA DE LOS SERVICIOS DE ALUMBRADO, BARRIDO Y LIMPIEZA, MANTENIMIENTO Y CONSERVACION DE SUMIDEROS.

FECHA

DÍA	MES	AÑO

Completar con letra de imprenta.
 En caso de ser apoderado acompañar el Poder otorgado.

Datos del solicitante

A- APELLIDO Y NOMBRES _____

Marcar con una X lo que corresponda.

NACIONALIDAD: ARGENTINA ☐ EXTRANJERA ☐ (1) Fecha de Defunción:

DÍA	MES	AÑO

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

(1) En caso de Fallecimiento de su Cónyuge, señale la fecha del mismo.

TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

B- DOCUMENTO DE IDENTIDAD

TIPO: DNI ☐ LC ☐ LE ☐ (2) CI ☐

NÚMERO _____ (2) POLICÍA _____

C- DOMICILIO DEL SOLICITANTE

CALLE _____

NÚMERO _____ PISO _____ DEPARTAMENTO _____ CÓD. POSTAL _____

D - CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD: EMITIDO POR:

☐ Ministerio Salud Art. 3° Ley 22.431 ☐ Hospital de Rehabilitación "Manuel Rocca"

Datos del inmueble por el que solicita la exención

UBICACIÓN DEL INMUEBLE : CALLE: _____

NÚMERO _____ PISO _____ U. F. _____ CÓD. POSTAL _____

NÚMERO DE PARTIDA _____ D.V. _____

VALUACIÓN FISCAL

AÑO _____ TOTAL EN \$ _____

Documentación que deberá agregar

A los efectos de justificar la concesión del Beneficio, deberá exhibir los originales y adjuntar la documentación siguiente:

A	Fotocopia del Título de Propiedad del Inmueble por el cual se solicita el Beneficio o Reglamento de Copropiedad con adjudicación o venta de las unidades funcionales inscriptos en el RNPI.
B	En el caso de la adquisición del Inmueble por Sucesión o Testamento, agregar la Declaratoria de Herederos o el Testamento inscriptos en el RNPI.
C	Fotocopia última Boleta de Inmobiliario/ABL
D	Certificado de discapacidad (vigente) expedido por el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de las Personas con discapacidad - Ministerio de Salud (Ley 22.431) o por el Hospital de Rehabilitación "Manuel Rocca" o la Red Hospitalaria Publica del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
E	Fotocopia DNI, LE, LC o CI.

Importante: La documentación agregada será marcada con una X y será certificada por el Agente receptor.



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
ADMINISTRACIÓN GUBERNAMENTAL DE INGRESOS PÚBLICOS
SOLICITUD DE EXENCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Declaración jurada

En mi carácter de solicitante del Beneficio instituido por Código Fiscal y Ley Tarifaria, manifiesto con carácter de Declaración Jurada:

- Que en la información detallada no se ha incurrido en omisiones o falsedades.
- Que el bien por el cual solicito la exención constituye mi único inmueble destinado a vivienda y que ocupo dicho bien.
- Que no poseo otros inmuebles urbanos o rurales en el ámbito del Territorio Nacional.
- Que me comprometo a notificar por escrito a la AGIP cualquier modificación que determine el cese o caducidad del beneficio.
- Declaro conocer que la falsedad total o parcial de la información que se suministra o la omisión en la Declaración Jurada de su modificación, me hará pasible de las sanciones por defraudación Fiscal conforme lo previsto por el Código Fiscal vigente, sin perjuicio de la subsistencia de la obligación de pagar el impuesto defraudado con más su actualización e intereses.

Solicitud de reintegro

En caso de existir saldos a favor en el Impuesto Inmobiliario y Tasa Retributiva de los Servicios con motivo del reconocimiento de la presente exención, solicito la devolución de los mismos.

Buenos Aires _____ de _____ de _____

Agente receptor certificante
Firma y sello identificador

Firma del o los beneficiarios