

SNIS- DECLARACION DEL TRABAJADOR

DATOS DEL DECLARANTE

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

Para la determinación de los descuentos correspondientes al financiamiento del Seguro Nacional de Salud (SNS) y de la afiliación al mismo de su núcleo familiar, el firmante **DECLARA ANTE SU EMPLEADOR** que al día de la fecha:

- NO TIENE** hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
- TIENE** hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
- NO TIENE** a su cargo Cónyuge o Concubino.
- TIENE** a su cargo Cónyuge o concubino sin amparo al sistema de acuerdo al Dec. 318/2010.

DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

DOMICILIO

Firma del trabajador

RECIBIDO POR LA EMPRESA: Nombre o Razón Social: _____

--	--	--

Fecha: dd/mm/aa

Firma de la empresa

La presente Declaración está sujeta a las disposiciones del art. 63 del Código Tributario, Ley N° 14.306, modificativas y concordantes. En caso que el contenido de la misma no corresponda a la verdad material de los hechos declarados, el BPS como Sujeto Activo de los Tributos que recauda para el Fondo Nacional de Salud podrá disponer las acciones de cobro ante el trabajador declarante por las diferencias de carácter económico que surjan a partir de las divergencias constatadas, sin perjuicio de exigir el reintegro de las cuotas salud que su hubieran abonado como consecuencia de tales divergencias.-

La empresa receptora de la misma deberá comunicar al Banco de Previsión Social en la forma que éste determine la situación de los trabajadores, en las mismas condiciones será responsable y depositaria de la documentación respaldante de cada declaración.- Deberá asimismo entregar al trabajador el talón adjunto como constancia de la recepción.-

DATOS DEL DECLARANTE

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

Declaró ante su empleador que al día de la fecha:

- NO TIENE** hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
- TIENE** hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
- NO TIENE** a su cargo Cónyuge o Concubino.
- TIENE** a su cargo Cónyuge o concubino sin amparo al sistema.

DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

DOMICILIO

RECIBIDO POR LA EMPRESA: Nombre o Razón Social: _____

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

Fecha: dd/mm/aa

--	--	--

y firma por la empresa