



Ministerio de Salud
 Secretaria de Atención Sanitaria
 Servicio Nacional de Rehabilitación y
 Promoción de la Persona con Discapacidad

SOLICITUD DE FRANQUICIA
 Ley N° 19.279, modificada por las Leyes N° 22.499 y 24.183 Decreto N° 1313/93

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido: Nombres:
 Domicilio: Localidad:
 Provincia: C.P.: Teléfono: (.....)
 Documento: Tipo DNI - LE - LC - CI Numero: Nacionalidad:
 Fecha de Nacimiento:/...../..... Estudios cursados y/o que cursa:
 Domicilio en la Ciudad de Buenos Aires:

DATOS SOBRE SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

1.-

FAMILIARES CONVIVIENTES	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO	
			TIPO	NUMERO

2.- Trabajo en relación de dependencia. Cuál (referido al grupo familiar):

.....

3.- Trabajo independiente. Especificar cuál.

.....

4.- Si realiza rehabilitación, acompañar antecedentes.

.....

5.- Conduce el automotor por sus propios medios? SI NO



Ministerio de Salud

Secretaría de Atención Sanitaria

Servicio Nacional de Rehabilitación y

Promoción de la Persona con Discapacidad

- 6.- Presenta fotocopia legible de su registro de conductor no vencido?..... SI NO
- 7.- Solicitó anteriormente el Símbolos Internacional de Discapacidad? SI NO
- 8.- Solicitó anteriormente la franquicia? SI NO
- 9.- Si la pregunta anterior es SI, le fue acordado el beneficio de Ley? SI NO
- 10.- Si la pregunta anterior es SI, compró el vehículo con dicho beneficio? SI NO

Si es una **RENOVACIÓN** del beneficio, deberá agregar a este formulario:

- El certificado de habilitación final del automotor extendido por el Servicio Nacional de Rehabilitación o bien fotocopia legible del Título de propiedad del mismo.
- Haber solicitado y obtenido previamente la Libre disponibilidad del automotor anterior.

En este caso qué solicita?:

**AUTOMOTOR NACIONAL
(SIN IMPUESTO)**

**AUTOMOTOR IMPORTADO
(SIN IMPUESTO)**

Entregó o envió (tachar lo que no corresponda) la presente solicitud acompañada de todos los requisitos exigidos para la obtención de la franquicia y habiendo contestado todos los puntos solicitados.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS SON EXACTOS.

Lugar y fecha: /...../.....

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA ENVIAR LA PRESENTE SOLICITUD Y LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PODRÁ HACERLO A:
SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
OFICINA DE AUTOMOTORES

Ramsay 2250 (1428) Ciudad de Buenos Aires

Atención al Público: Lunes – Miércoles – Viernes de 08:00 a 12:00 hs.
Consultas telefónicas al: (011) 4784-2018 de Lunes a Viernes de 08:00 a 12:00 hs.



Ministerio de Salud
Secretaría de Atención Sanitaria
Servicio Nacional de Rehabilitación y
Promoción de la Persona con Discapacidad

INSTRUCTIVO PARA OBTENER LA FRANQUICIA IMPOSITIVA OTORGADA POR LAS LEYES
19.279, SUS MODIFICATORIAS
Y EL DECRETO REGLAMENTARIO 1313/93

EN LA D.G.I SOLICITAR UNA EVALUACIÓN PATRIMONIAL DE LA RESOLUCIÓN 3711/93

ARTICULO 3°: Con carácter previo la DIRECCIÓN GENERAL IMPOSITIVA deberá expedirse, dentro de los plazos estipulados por el Decreto N° 1883/91, mediante acto fundado estableciendo si el futuro beneficiario y/o su grupo familiar reúne capacidad económica suficiente como para adquirir el automóvil que pretende y para mantenerlo asimismo, deberá aclarar si el Interesado y/o grupo familiar posee una capacidad económica tal que le imposibilite acceder al beneficio.

ARTICULO 7°: A los fines previstos en el último párrafo del punto 2° del artículo 1° de la Ley 24183, los siguientes requisitos que en forma concurrente deberán reunir el peticionante y su núcleo familiar a efectos de acreditar capacidad económica mínima para afrontar la erogación que ocasionará la adquisición y mantenimiento del automotor con goce de los beneficios establecidos en el Artículo 3° de la Ley 19.279, modificada por la Leyes N° 22.499 y 24.183.

- 1) Tener depositado a la fecha de la solicitud en una o más cuenta/s abierta/s en instituciones del país sujetas al régimen legal de entidades financieras un importe que como mínimo sea equivalente al valor del vehículo que pretende adquirir, el que incluirá todos los gastos que tenga obligación de incurrir previos a su efectiva utilización excepto los correspondientes a los tributos cuya exención disponen las normas precitadas o acreditará la tenencia de títulos, acciones o bienes de fácil realización por un monto similar.
- 2) Haber tenido la persona discapacitada o su grupo familiar durante los DOCE (12) meses inmediatos anteriores a la fecha de la solicitud ingresos mensuales no inferiores al CINCO POR CIENTO (5%) del valor del auto que intenta adquirir.

ARTICULO 8°: Se considerará que el interesado conjuntamente con su grupo familiar posee una capacidad económica de tal cuantía que le permita la compra del automotor sin el goce de los beneficios y exenciones previstos en el Artículo 3° de la Ley 19.279, modificada por las Leyes N° 22.499 y 24.183, cuando se verifique alguna de las siguientes circunstancias:

- 1) Poseer al 31 de diciembre del año anterior a la fecha de la solicitud, bienes situados en el país y en el exterior que valuados de conformidad con las disposiciones de los artículos 22 y 23 de la Ley 23.966 superen el triple del importe previsto en su artículo 24. A tal efecto se consideran bienes situados en el país y en el exterior aquellos enumerados en los artículos 19 y 20 de dicho texto legal, debiendo computarse, asimismo, los enunciados en el artículo 21 del mismo.
- 2) Haber tenido el interesado durante los DOCE (12) meses inmediatos anteriores a la fecha de la solicitud, ingresos mensuales superiores a DOS (2) veces a la suma del importe correspondiente al mínimo no imponible.
- 3) Haber tenido el grupo familiar, incluida la persona con discapacidad, ingresos mensuales superiores al cuádruple de dicho importe.

- 4) Concurrir a la D.G.I. más próxima a su domicilio manifestando sus bienes, llevando factura proforma del automotor que va adquirir, fotocopia de la misma, debe entregarla en la Oficina de Automotores, una vez elegida la opción NO PODRA MODIFICARLA.

REQUISITOS

PRESENTAR EN MESA DE ENTRADAS de LUNES A VIERNES de 9 A 13 hs. LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

Solicitud de Franquicia Completar la misma sin omitir ningún ítem. Se considera una Declaración Jurada por lo que los datos deben ser ajustados a la realidad y firmada por el solicitante, o su representante legal.

Certificado Médico Original con una antigüedad no mayor a 6 (seis) meses describiendo su discapacidad.

Original de la Resolución de la AFIP otorgada a favor del Solicitante donde se acredita capacidad económica del mismo y/o su núcleo familiar.

Factura Pro Forma Original o Fotocopia Intervenida por la AFIP de un automotor standard y el de menor precio dentro de los de su modelo (acompañar folleto comercial) . El auto solicitado debe estar homologado por la Secretaria de Industria y Comercio de la Nación.

Para los autos importados: Procedencia, Valor FOB, Flete, Seguro, Comisiones, etc. el valor Final a abonar por el Beneficiario y N° de VIN (Dígitos que corresponden a la marca, modelo y versión).

Para los autos nacionales: el valor del automóvil, el I.V.A. descontado y el valor final a abonar por el Beneficiario.

Fotocopia legible del Documento Nacional de Identidad del Beneficiario con **domicilio actualizado**.

Fotocopia legible del Carnet de Conductor del Beneficiario

En caso de que éste no conduzca, DNI y Carnet de Conductor de un familiar conviviente.

Sólo el total cumplimiento de los requisitos exigidos dará lugar a la iniciación del trámite.

REQUISITOS PARA EVALUAR LA DISCAPACIDAD

MOTORA

Certificado expedido por médico especialista que contemple Diagnóstico y estado actual del paciente - Radiografías según su patología -- Electrocardiograma – Tomografías computadas - Estudios Genéticos.

MENTAL

Certificado expedido por medico especialita **en** psiquiatría que contemplen Diagnóstico según D.S.M. IV - Determinación del cociente intelectual - Estudios Complementarios.

VISCERAL

Certificado expedido por médico especialista que contemple: Diagnóstico - Estado actual de su enfermedad - Alternativas de tratamiento - Alternativas de rehabilitación - Otros estudios complementarios.

VISUAL

Certificado expedido por **médico** oftalmólogo que contemple:

- Agudeza visual con y sin corrección.
- Biomicroscopia.
- Presión ocular.
- Fondo de ojo.
- Diagnóstico.
- Otros estudios complementarios. P. Ej.: Campo visual, Ecografía ocular, Retinofluoresceinografía, estudios electrofisiológicos.