

DECLARACIÓN JURADA

Solicitud de pago - Fondo de Asistencia Laboral (FAL)

El presente documento constituye un modelo sujeto a la aprobación regulatoria definitiva del régimen del Fondo de Asistencia Laboral (FAL). Su contenido podrá ser modificado o adecuado en función de la reglamentación y demás normativa que resulte finalmente aplicable

Por medio de la presente, en mi condición de empleador, solicito la utilización de recursos de mi Cuenta Individual del Fondo de Asistencia Laboral (FAL) para el pago de las obligaciones correspondientes al trabajador identificado a continuación o, cuando resulte aplicable conforme la normativa vigente, al beneficiario legitimado. La información suministrada y la documentación acompañada revisten carácter de Declaración Jurada.

Entidad Habilitada / vehículo FAL	[●]
Versión del formulario	[●]
Fecha de vigencia	[●]

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Razón social	[●]
CUIT	[●]
Domicilio legal	[●]

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido	[●]
CUIL	[●]
Fecha de ingreso	[●]
Antigüedad computable	[●]

La condición de trabajador registrado y los restantes requisitos objetivos de elegibilidad, incluido el período mínimo de registración exigido por el régimen, serán verificados por la Entidad Habilitada conforme la normativa aplicable y las fuentes habilitadas.

3. DATOS DE LA EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL

Fecha de extinción	[●]
Causa de extinción	[●]

Documentación respaldatoria: se adjunta copia del acto extintivo o acuerdo correspondiente.

En caso de tratarse de un acuerdo celebrado en los términos del artículo 241 de la Ley de Contrato de Trabajo N.º 20.744 (t.o. 1976) y sus modificaciones, se adjunta el acuerdo instrumentado con las formalidades exigidas por dicha norma y demás normativa vigente, junto con las constancias adicionales que correspondan para acreditar su validez y exigibilidad.

4. LIQUIDACIÓN

Mejor remuneración mensual, normal y habitual considerada	\$ [●]
Remuneración registrada considerada a efectos de la cobertura FAL	\$ [●]
Antigüedad registrada considerada a efectos de la cobertura FAL	[●]

Detalle de la liquidación practicada:

Concepto	Importe
[●]	\$ [●]
[●]	\$ [●]
[●]	\$ [●]
[●]	\$ [●]
[●]	\$ [●]
Total liquidación	\$ [●]

Otros conceptos / información integrante de la liquidación: [●]

Detalle de conceptos elegibles para ser satisfechos con recursos FAL:

Concepto elegible FAL	Importe
-----------------------	---------

[●]	\$ [●]
[●]	\$ [●]
[●]	\$ [●]
[●]	\$ [●]
[●]	\$ [●]
Total conceptos elegibles FAL	\$ [●]

El total elegible FAL comprende exclusivamente obligaciones susceptibles de ser satisfechas con recursos del FAL conforme al artículo 58 de la Ley N.º 27.802 y demás normativa aplicable. Los restantes conceptos de la liquidación no se incluyen en el monto solicitado al FAL.

5. MONTO SOLICITADO AL FAL

Total conceptos elegibles FAL	\$ [●]
Saldo disponible en la Cuenta Individual FAL	[control sistémico]
Monto a transferir desde Fondo FAL	\$ [●]

☐ Cancelación total de los conceptos elegibles FAL informados.

☐ Cancelación parcial de los conceptos elegibles FAL informados.

El monto solicitado no podrá exceder el total de conceptos elegibles FAL ni los recursos disponibles en la Cuenta Individual, y su pago queda sujeto a las verificaciones regulatorias y operativas aplicables.

6. CUENTA BANCARIA DEL TRABAJADOR / BENEFICIARIO

La transferencia deberá efectuarse únicamente a una cuenta bancaria de titularidad del trabajador o, cuando corresponda conforme la normativa aplicable, del beneficiario legitimado.

Tipo de destinatario	☐ Trabajador ☐ Beneficiario
Titular	[●]
CUIL/CUIT	[●]

CBU	[●]
Entidad bancaria	[●]
Carácter del beneficiario (si aplica)	[●]
Documentación acreditante (si aplica)	[●]

Los pagos a beneficiarios sólo se procesarán cuando el supuesto se encuentre legal y operativamente habilitado y previa validación de la legitimación, titularidad de la cuenta y documentación respaldatoria.

7. DATOS JUDICIALES O DE CONCILIACIÓN

Completar únicamente cuando corresponda

Carátula	[●]
Número de expediente	[●]
Tribunal / Servicio de Conciliación	[●]
Resolución / Sentencia	[●]
Documentación adjunta	[●]

8. DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Como empleador declaro bajo juramento que la información suministrada en la presente solicitud y la documentación acompañada son completas, correctas y auténticas.

Declaro que el detalle de la liquidación y la determinación de los montos laborales fueron realizados bajo mi exclusiva responsabilidad.

Declaro que el monto solicitado al FAL corresponde exclusivamente a conceptos susceptibles de ser satisfechos con recursos del Fondo de Asistencia Laboral conforme al artículo 58 de la Ley N.º 27.802, el Decreto N.º 408/2026 y demás normativa aplicable.

Declaro que, según mis registros y conocimiento, el trabajador reúne los requisitos de registración exigidos por el régimen FAL y que los datos laborales y registrales utilizados para determinar la cobertura coinciden con los registros oficiales aplicables. Cuando existan diferencias, reconozco que la cobertura con recursos FAL quedará limitada a los datos registrados conforme la normativa vigente.

Declaro que la presente solicitud no duplica total ni parcialmente una solicitud o pago anterior respecto de los mismos conceptos y período.

Tomo conocimiento de que la solicitud se encuentra sujeta a verificaciones de elegibilidad, registración, período de carencia, saldo disponible, titularidad de la cuenta bancaria, documentación respaldatoria y demás controles

exigibles, y que la Entidad Habilitada podrá rechazar, suspender o requerir información adicional cuando dichas verificaciones no resulten satisfactorias.

Reconozco que la responsabilidad del empleador respecto del cálculo y determinación de las obligaciones laborales no sustituye ni limita las obligaciones de verificación, administración y pago que correspondan a la Entidad Habilitada conforme la normativa aplicable.

9. CONFIRMACIÓN

☐ Declaro bajo juramento que los datos informados son completos y correctos, que la documentación adjunta es auténtica, que el monto solicitado no excede los conceptos elegibles FAL informados y que esta instrucción se formula por una persona con facultades suficientes. Solicito el pago indicado mediante la utilización de recursos de mi Cuenta Individual FAL.	
Nombre y apellido del representante	[●]
DNI del representante	[●]
Carácter / cargo en que actúa	[●]
Instrumento o referencia de facultades	[●]
CUIT del empleador	[●]
Fecha y hora de presentación	[generación automática]
N.º de operación / solicitud	[generación automática]
Mecanismo de autenticación / firma	[generación automática / según canal]

10. VERIFICACIONES Y TRATAMIENTO DE DATOS

Los datos personales y la documentación vinculada a la presente solicitud serán tratados por BBVA Asset Management Argentina S.A.U., en su carácter de Entidad Habilitada y administradora del vehículo FAL, para gestionar, validar, ejecutar y auditar la solicitud, administrar el FAL y cumplir obligaciones legales y regulatorias, incluidas las verificaciones o comunicaciones legalmente procedentes. El Aviso de Privacidad vigente deberá identificar al responsable, finalidades, destinatarios, conservación y derechos de los titulares, conforme la Ley N.º 25.326 y demás normativa aplicable.