



--

Retrato de  2 X 2
-------------------------

**SOLICITUD DE PENSION**

- Incapacidad No Ocupacional
- Incapacidad Ocupacional-Ley 447
- Incapacidad Ocupacional-Ley 127

1. Nombre Completo (como aparece en la nómina)	2. Sexo	3. Estado Civil:
	M      F	Soltero      Víudo Casado      Divorciado
4. Dirección a. Postal: b. Residencial:		5. Teléfonos: a. Ofic. b. Res.
6. Fecha de Nacimiento:	7. Lugar de Nacimiento:	
8. Puesto que Ocupa:	9. Número de Empleado:	10. Núm. Seguro Social:
11. Agencia donde trabaja: Pueblo	12. Ultimo Sueldo Mensual	13. Años de Servicio en el Gobierno

14a. ¿Tiene préstamos en este Sistema de Retiro?	14b. ¿Ha cotizado en otro Sistema?
Hipotecario      Si      No Viaje Cultural      Si      No Préstamo Personal      Si      No	Si      No      Indique cuál  14c. ¿Recibe otra pensión como beneficiario por alguna Ley Especial? Si      No      Indique cuál

15. Naturaleza del padecimiento que le incapacita:

16. ¿ Tiene usted radicada o piensa radicar alguna reclamación en el Fondo del Seguro del Estado?      Si      No

17. En caso de que haya radicado una reclamación en el Fondo del Seguro, indique:

- a. Número asignado por el Fondo del Seguro del Estado
- b. Número asignado por la Comisión Industrial
- c. Hora y Fecha del accidente  

	Hora	Día	Mes	Año
--	------	-----	-----	-----
- d. ¿Cómo ocurrió el accidente?

18. Explique como su condición le impide desempeñar sus funciones.

---

Información Sobre su Historial Médico

19. Provea el nombre, dirección y teléfono del médico que lo está tratando para su condición actualmente:

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Tratamiento:

b) Sí está visitando otros médicos para tratar su condición, someta la siguiente Información:

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Tratamiento:

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Tratamiento:

20. ¿Ha estado hospitalizado recientemente debido a su condición?

Si            No

Nombre del Hospital:

Dirección:

Motivo de la hospitalización:

Tratamiento o Medicamentos recibidos:

Medicamentos:

21. ¿Se le han realizado pruebas o laboratorios relacionados con su condición?

Si            No

¿Cuales?

1.

3.

2.

4.

---

CERTIFICO que la información suministrada es correcta. Autorizo a la Administración de los Sistemas de Retiro a realizar las investigaciones que estimen pertinentes a los efectos de corroborar la información expuesta.

Firma del Solicitante

Fecha

---

#### REQUISITOS GENERALES

Toda Solicitud de Pensión deberá acompañarse de los siguientes documentos para evitar dilación en el trámite.

1. Certificado de Nacimiento en original o copia certificada.
2. Hoja de Servicio 08-38
3. Declaración Individual 08-39
4. OP-15 "Informe de Cambio" o Modelo SP-2 en los casos que aplique.
5. Informe Médico 08-34
6. Copia de la decisión emitida por el Administrador del Fondo del Seguro del Estado o por la Comisión Industrial.