



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO
E LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA

ÁREA DE DETERMINACIÓN DE INCAPACIDAD

SOLICITUD PARA CAMBIO DE PENSIÓN

Núm. Solicitud

Nombre y apellidos		Seguro Social	Sexo
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Teléfonos		Dirección: E-Mail	
_____	_____	_____	_____
Trabajo	Residencial	Celular	
Dirección			
Postal _____ _____ _____	Residencial _____ _____ _____		
Representante Legal			
Nombre y apellidos		Dirección	
Teléfono		Dirección	
Tipo de beneficio que recibe: <input type="checkbox"/> Incapacidad Ocupacional <input type="checkbox"/> Incapacidad no Ocupacional			
Cambio de pensión que solicita: <input type="checkbox"/> Incapacidad Ocupacional <input type="checkbox"/> Ley 127			
Cambio de pensión a aplicarse: <input type="checkbox"/> Incapacidad Ocupacional <input type="checkbox"/> Ley 127			
<p>Nota: 1- Es importante para la pensión por incapacidad ocupacional o incapacidad ocupacional Ley 127 la solicitud deberá venir acompañada de la Certificación de Compensabilidad para la Administración del Sistema de Retiro, Modelo CSFE 0037 abr 2002. Deberá someter evidencia médica relacionada al cambio solicitado, con los diagnósticos actualizados en original o copia certificada.</p> <p>2- No se aceptarán solicitudes si faltan documentos requeridos para el cambio de pensión el cual solicita.</p>			
_____ Firma del solicitante		_____ Fecha (Día/Mes/Año)	