



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

P O BOX 42003 SAN JUAN PUERTO RICO 00940-2003

SOLICITUD DE PENSION POR INCAPACIDAD



Retrato de
2 X 2

- Incapacidad no ocupacional
- Incapacidad ocupacional - Ley 447
- Incapacidad ocupacional - Ley 127

Núm.
Solicitud

1. Nombre completo (como aparece en la nómina)		2. Seguro Social		3. Sexo	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4. Estado Civil			5. Teléfonos		
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado			_____ Trabajo _____ Residencial _____ Celular		
Dirección E-Mail			6. Dirección		
Postal			Residencial		
_____ _____ _____			_____ _____ _____		
7. Puesto que ocupa		8. Último sueldo mensual		9. Años de servicios en gobierno	
10. Agencia y pueblo donde trabaja					
11. Préstamos con el Sistema de Retiro?			12. Ha cotizado en otro Sistema de Retiro?		
Hipotecario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Viaje cultural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Préstamo personal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique cuál _____ 13. Recibe otra pensión como beneficiario por alguna ley especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique cuál _____		
14. Naturaleza del padecimiento que le incapacita					
_____ _____					
15. Indique si ha radicado alguna reclamación en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.					
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
		Número asignado por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado	Número asignado por la Comisión Industrial	Fecha del accidente	Hora
Descripción del accidente _____ _____ _____					
16. Explique cómo su condición le impide desempeñar sus funciones.					
_____ _____ _____					

Conservación Igual al expediente del cual forma parte.

INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO

17. Provea el nombre, dirección y teléfono del médico que está atendiendo su condición actualmente.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Especialidad _____ Días y horas de Oficina _____
Dirección: _____
Tratamiento: _____

18. Otros médicos que atienden su condición.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Tratamiento: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Tratamiento: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Tratamiento: _____

19. Indique si ha estado hospitalizado recientemente debido a su condición.

No Sí (Favor de someter copia de récord médico y/o resúmenes de alta.)

1

2

3

	1	2	3
Hospital:	_____	_____	_____
Dirección :	_____	_____	_____
Fechas de hosp. :	_____	_____	_____
Motivo:	_____	_____	_____
Tratamiento y medicamentos:	_____	_____	_____

21. Indique si se le han realizado pruebas o laboratorios relacionados con su condición.

No Sí Indique cuáles:

1. _____ 3 _____
2. _____ 4 _____

CERTIFICACION

Certifico que la información suministrada es correcta. Autorizo a la Administración de los Sistemas de Retiro a realizar las investigaciones que estime pertinentes para corroborar la misma.

Firma de solicitante

Fecha (Día/Mes/Año)

PARA USO DE LA AGENCIA

Nombre del Coordinador Agencial para Asuntos de Retiro

Firma

Fecha (Día/Mes/Año)

Sello Oficial de la Agencia

PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO

Fecha recibido en la Administración (Día-Mes-Año)

Nombre de la persona que recibe los documentos

Documentos completos

Sí No

Firma