Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
Negociado de Beneficios a Choferes y a Personas con Incapacidad No Ocupacional
Programa de Seguro por Incapacidad Ocupacional Temporal
Edificio Prudencio Rivera Martínez 505 Avda. Muñoz Rivera
San Juan, Puerto Rico, 00918-3514

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE DIRECCIÓN

_____ _____
NOMBRE Y APELLIDOS SEGURO SOCIAL

NUEVA DIRECCIÓN

POSTAL

_____
_____
_____
_____
_____

RESIDENCIAL

_____
_____
_____
_____
_____
TEL.: _____

CERTIFICO que la información aquí provista es correcta, que la misma deberá ser utilizada para tramitar la solicitud que he radicado para beneficios de SINOT.

_____
FIRMA DEL(A) RECLAMANTE

_____
FECHA

- En caso de cambio de dirección postal, residencia o ambas, el (la) reclamante deberá completar este formulario. El mismo es necesario para los trámites de su solicitud de beneficios radicada en SINOT.
- Es importante que el (la) reclamante firme la notificación.