

**ÁREA DE DETERMINACIÓN DE INCAPACIDAD**

**SOLICITUD PARA CAMBIO DE PENSIÓN**

Núm.   
Solicitud

<b>Nombre y Apellidos</b>		<b>Seguro Social</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Teléfonos</b>		<b>Dirección: E-Mail</b>	
_____ Trabajo	_____ Residencial	_____ Celular	_____
<b>Dirección</b>			
Postal		Residencial	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
<b>Representante Legal</b>			
Nombre y apellidos		Dirección	
_____		_____	
_____		_____	
Teléfono		_____	
_____		_____	
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><b>Nota:</b> 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 que solicita.</p> <p>3- El cambio de pensión a aplicarse es exclusivo para el Área de Determinación de Incapacidad de la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura.</p>			
_____ Firma del (de la) solicitante		_____ Fecha (Día/Mes/Año)	