



## SOLICITUD DE CRÉDITO POR SERVICIOS NO COTIZADOS O INFORME DE DEUDA POR CAMBIO AL PLAN DE COMPLETA SUPLEMENTACIÓN

INICIAL

RECÓMPUTO

### SECCION I. INFORMACION DEL PARTICIPANTE

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
| Apellido Paterno   | Apellido Materno   | Nombre               |
| Seguro Social  | Nacimiento (Día-Mes-Año)   | Teléfono Residencial |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |                      |

|   |   |
|---|---|
| Dirección Postal:   | Dirección Residencial:                                      |
| Urbanización, Condominio o Barrio   | Urbanización, Condominio o Barrio                           |
| P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato | Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro |
| Pueblo, País y Código Postal  | Pueblo, País y Código Postal                                |

### SECCION II. INFORMACION DE LA AGENCIA

|  |   |
|--|---|
| Agencia Donde Presta Servicios   | Primer Descuento (Día-Mes-Año)          |
| Cantidad de Años que Desea Acreditar   | Fecha Tentativa de Retiro (Día-Mes-Año) |
| Plan Acogido: <input type="checkbox"/> Coordinado <input type="checkbox"/> Completa Suplementación | Teléfono de la Oficina                  |

### SECCION III. CONCEPTO QUE DESEA ACREDITAR

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios por Contratos Equivalente a un Puesto  | <input type="checkbox"/> Servicios Prestados a Asociaciones  |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados en Agencias Federales  | <input type="checkbox"/> Devolución de Aportaciones Retiradas  |
| <input type="checkbox"/> Estudios de Veteranos  | <input type="checkbox"/> Servicio Militar  |
| <input type="checkbox"/> Estudios por Beca  | <input type="checkbox"/> Internados y Residencias Médicas  |
| <input type="checkbox"/> Plan Completa Suplementación   | <input type="checkbox"/> Licencia sin Sueldo bajo las Disposiciones de la Ley Núm. 5 del 8 de septiembre de 1980 |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados a Agencias, Instrumentalidades, Municipios y Empresas Conforme a las Disposiciones de Ley 10 de 1992 | <input type="checkbox"/> Licencia sin Sueldo bajo las Disposiciones de la Ley Núm. 6 del 18 de febrero de 1976   |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados en Programas "Head Start"  | <input type="checkbox"/> Servicios Prestados a Partidos Políticos  |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados Fuera de los Límites Territoriales   | <input type="checkbox"/> Servicios Prestados como Alcalde antes del 1ro. de julio de 1967                        |
| <input type="checkbox"/> Reinstalación Ordenada por un Tribunal o Foro Administrativo   |  |
| <input type="checkbox"/> Servicios Prestados como Legislador  |  |

### SECCION IV. INDIQUE EL PLAN DE PAGO DESEADO

|                                   |                                   |                                   |   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 18 Meses | <input type="checkbox"/> 36 Meses | <input type="checkbox"/> 60 Meses | <input type="checkbox"/> 84 Meses             |
| <input type="checkbox"/> 24 Meses | <input type="checkbox"/> 48 Meses | <input type="checkbox"/> 72 Meses | <input type="checkbox"/> Pago Total Inmediato |

### SECCION V. INDIQUE LOS AÑOS QUE DESEA COMPLETAR

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deseo Completar 10 Años de Servicio | <input type="checkbox"/> Deseo Completar 30 Años de Servicio                                     |
| <input type="checkbox"/> Deseo Completar 25 Años de Servicio | <input type="checkbox"/> Deseo Completar 10 Años de Servicio y Solicitar Pensión por Incapacidad |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Firma del Participante | Fecha (Día-Mes-Año) |
|------------------------|---------------------|

Al momento de radicar la Solicitud por Servicios No Cotizados, se deberá incluir todos los documentos requeridos para el proceso de la misma. Al dorso se indican los documentos necesarios para la radicación de la solicitud.

**DOCUMENTOS A RADICAR CON TODA SOLICITUD**

|  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitud de Crédito por Servicios No Cotizados</li> <li>2. Certificación de Status Actual como empleado.</li> <li>3. Hoja de Servicios con Aportaciones, actualizada y trabajada por la Oficina de Nómina.</li> <li>4. Certificación de Interrupciones en el Servicio.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Declaración Individual, en ausencia de ésta, una certificación indicativa del plan al que cotiza y fecha en que se acogió a dicho plan.</li> <li>6. Copia del recibo oficial de pago de Servicios No Cotizados y/o certificación de la agencia indicativa de los descuentos efectuados desglosados (si aplica).</li> <li>7. Expediente para Asuntos de Retiro en original.</li> </ol> |
|--|---|

**DOCUMENTOS ADICIONALES A RADICAR DE ACUERDO AL CONCEPTO**

| <b>SERVICIOS PRESTADOS EN AGENCIAS INSTRUMENTALIDADES, CORPORACIONES Y MUNICIPIOS</b>   | <b>SERVICIOS PRESTADOS EN AGENCIAS FEDERALES</b>   |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la agencia o municipio, indicativa de los periodos trabajados no cotizados, que indique sueldo y status ( regular o irregular ) durante el periodo reclamado.</li> <li>2. En servicios prestados por hora, deberá suministrar certificación indicativa del número de horas, sueldo por hora y total de sueldos devengados desglosados mes por mes.</li> </ol>            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la agencia dónde prestó servicios indicativa del lugar, periodos y salarios devengados, excluyendo el por ciento de aumento por el costo de vida ( COLA).</li> <li>2. Certificación del "Civil Service Retirement System" indicando si no efectuó aportaciones; en caso afirmativo, suministre evidencia del reembolso de la misma.</li> </ol>  |
| <b>SERVICIOS PRESTADOS EN PROGRAMA "HEAD START"</b>   | <b>SERVICIO MILITAR (CONFLICTO ARMADO, TIEMPO DE PAZ), ESTUDIOS DE VETERANOS Y GUARDIA NACIONAL</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación del patrono indicando si se cobraron cargos por el cuidado de niños.</li> <li>2. Certificación del patrono, indicativa del periodo de servicios reclamados y del sueldo mensual.</li> <li>3. Certificación del patrono, indicativa del nombre del centro y la dirección física.</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Forma DD 214.100.5861 o 1681</li> <li>2. Forma DD 214 del período en que fue activado (aplica a casos de la Guardia Nacional)</li> <li>3. Certificación de la Administración de Veteranos o de la institución dónde cursó estudios, indicativa de los periodos de estudios (aplica a estudios de veteranos ).</li> </ol>   |
| <b>INTERNADOS Y RESIDENCIAS MÉDICAS</b>   | <b>ESTUDIOS POR BECA</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la Institución Gubernamental dónde prestó los servicios, indicativa del período cubierto por el internado o residencias.</li> <li>2. Certificación indicativa de si el internado o residencia fue requisito para obtener el grado o licencia.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la agencia que concedió la beca, indicativa del periodo que cubrió la beca.</li> <li>2. Certificación de la institución donde cursó los estudios, indicativa de los periodos de estudios.</li> <li>3. Certificación de la agencia indicativa de la fecha de la reinstalación. (si aplica)</li> </ol>  |
| <b>SERVICIOS POR CONTRATOS</b>  | <b>LEY NÚM. 5 SERVICIOS PRESTADOS A UNIONES OBRERAS</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación indicativa de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Si los Servicios se Prestaron Diariamente, el Lugar y el Horario.</li> <li>● Si los servicios prestados eran equivalentes a un puesto e indicar el nombre del puesto.</li> <li>● Si la compensación era a base mensual, fija o por hora ( Indicar el número de horas por mes ).</li> </ul> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la agencia indicativa del periodo que cubre licencia sin sueldo, el cargo en la directiva de la unión y el sueldo antes y después de la licencia sin sueldo.</li> <li>2. Certificación de la Unión Obrera indicando el cargo a la directiva y la fecha de comienzo y terminación de los servicios.</li> <li>3. Correcciones a la Hoja de Solicitud de Servicios No Cotizados</li> </ol> |
| <b>SERVICIOS PRESTADOS COMO LEGISLADOR</b>  | <b>SERVICIOS PRESTADOS A PARTIDOS POLÍTICOS</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de elección o nombramiento por la Comisión Estatal de Elecciones.</li> <li>2. Certificación del Cuerpo Legislativo indicativa del periodo de servicios y el sueldo mensual.</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación del partido político, indicativa del periodo de servicios reclamados, los sueldos devengados y la procedencia de los fondos.</li> <li>2. Certificación de la agencia, indicativa del sueldo devengado antes y después de la licencia sin sueldo.</li> </ol>  |

| SERVICIOS PRESTADOS COMO ALCALDE ANTES DEL 1ro. DE JULIO DE 1967  | DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES   |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la asamblea municipal o de la Oficina de Recursos Humanos, indicativa de los periodos de servicios reclamados y sueldo mensual.</li> <li>2. Certificación Negativa del Secretario de Justicia o de la Comisión para Ventilar Querellas Municipales ( si es alcalde en la actualidad ).</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expediente inactivo correspondiente al periodo reembolsado o evidencia del reembolso efectuado ( si dispone de ella ).</li> <li>2. Certificación Negativa del expediente con Hoja de Servicios, indicativa de los periodos, sueldos y descuentos para retiro expedida por la agencia para la cual prestó los servicios ( si Aplica ).</li> </ol> |
| LEY NÚM. 6 LICENCIA SIN SUELDO (DISFRUTADA A PARTIR DEL 18 DE FEBRERO DE 1979 ).  | INSUFICIENCIA DEL PLAN COMPLETA SUPLEMENTACIÓN   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia del Informe Obrero Patronal refiriéndolo al Fondo del Seguro del Estado.</li> <li>2. Certificación de la agencia, indicativa del periodo que estuvo fuera por motivo de la incapacidad.</li> <li>3. Certificación del Fondo del Seguro del Estado, indicativa de la fecha en que se recuperó parcial o totalmente de la incapacidad.</li> <li>4. Declaración Jurada, indicativa de que no desempeñó empleo remunerado durante los periodos de licencia sin sueldo.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoja de Servicios emitida por la(s) agencia(s) donde prestó servicios indicando los periodos trabajados, el sueldo mensual, el total de sueldos devengados y los descuentos para retiro por año fiscal.</li> <li>2. Certificación del primer descuento efectuado a base del Plan de la Completa Suplementación.</li> </ol>                       |
| REINSTALACIÓN ORDENADA POR EL TRIBUNAL O FORO ADMINISTRATIVO  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia certificada de la resolución o sentencia final.</li> <li>2. Certificación de la agencia, indicativa de la fecha de la reinstalación.</li> <li>3. Certificación de la agencia, indicativa de los sueldos pagados, descuentos efectuados y periodos cubiertos por el pago.</li> <li>4. Certificación de la agencia, indicativa del sueldo mensual que debió devengar durante el periodo de cesantía.</li> <li>5. Hoja de Servicio, indicativa de los periodos reclamados, los sueldos devengados y los descuentos efectuados para Retiro ( si trabajó con un patrono gubernamental durante el periodo de cesantía ).</li> <li>6. Copia de la nómina de los sueldos dejados de recibir.</li> </ol> |  |
| SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LOS LIMITES TERRITORIALES DE PUERTO RICO   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de la Agencia del Gobierno de Puerto Rico establecida fuera del país, indicativa de los periodos cubiertos, el sueldo mensual y el tipo de nombramiento.</li> </ol> <p><u>FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO QUE PASE A PRESTAR SERVICIOS</u><br/><u>BAJO LA LEY 63 DEL 20 DE JUNIO DE 1962</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación del Departamento de Estado indicando que el participante estaba adscrito a dicho departamento durante el periodo en que se prestaron los servicios.</li> <li>2. Certificación del Departamento de Estado, indicativa del periodo de prestación de servicios y sueldo mensual.</li> </ol>                              |  |
| SERVICIOS PRESTADOS EN LA ASOCIACIÓN DE MAESTROS; CORPORACIÓN DE SERVICIOS LEGALES, SOCIEDAD PARA LA ASISTENCIA LEGAL; CORPORACIÓN PRO-BONO INC. ASOCIACIÓN DE MIEMBROS DE LA POLICÍA; OFICINA LEGAL DE SANTURCE INC., ASOCIACIONES, FEDERACIONES Y COOPERATIVAS DE EMPLEADOS PÚBLICOS ASOCIACIÓN DE ALCALDES DE PUERTO RICO; FEDERACIÓN DE MUNICIPIOS DE PUERTO RICO Y LOS CONSORCIOS MUNICIPALES.   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación del patrono, indicativa de los periodos de servicios, sueldo mensual devengado y tipo de nombramiento (Regular o Irregular ).</li> <li>2. Copia del acuerdo del patrono para pago de la aportación patronal.</li> </ol>   |  |