RETIRO
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

ASR-PA-097
22.Nov.13

SOLICITUD DE REVISIÓN DE INTERESES POR SERVICIOS NO COTIZADOS Y DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE			
Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial		Fecha de Nacimiento día/mes/año	Seguro Social
Nombre de la Agencia/Corporación/Municipio	Teléfono Trabajo	Télefono Residencial	Correo Eléctronico
Dirección Residencial		Dirección Postal	

INFORMACIÓN DE LA REVISIÓN SOLICITADA
Razones para solicitar la revisión del costo de servicios no cotizados:

Esta petición de revisión debe estar acompañada por los siguientes documentos:

1. Copia de recibo de documentos como evidencia de que entregó la Solicitud de SNC, donde conste la fecha de entrega y la firma del Coordinador o persona autorizada de la oficina donde se ofrecen servicios al empleado (de tener alguno).

2. Se aceptará como evidencia la Solicitud de SNC que completó el participante, si la misma está ponchada con el sello oficial de recibo de la agencia u oficina donde entregó los documentos o si el Coordinador certifico la fecha de entrega en la misma solicitud.

3. Declaración Jurada del o la director(a) de Recursos Humanos y/o Coordinador haciendo constar la fecha de entrega de la solicitud por parte del participante y las razones por las cuales no se entregó la solicitud de SNC dentro de la fecha límite.

Firma del Participante	Fecha **(día/mes/año)**

PARA USO DEL COORDINADOR

El Coordinador revisará y radicará en el Sistema de Retiro la solicitud y documentos entregados por el participante.

Revisado y Recibido_____ _____
Firma Coordinador Agencial Fecha **(día/mes/año)**