

SOLICITUD DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD



Retrato
2 X 2

- Incapacidad ocupacional - Ley 447
 Incapacidad ocupacional - Ley 127

Número de Solicitud:

Nombre Completo (como aparece en la nómina)		Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)		Teléfonos	
Correo Electrónico	Trabajo	Residencial	Celular
Dirección			
Postal	Residencial <input type="checkbox"/> Igual a la Postal		
Puesto que Ocupa		Número del Puesto	Últ. Sueldo Mensual
			Fecha del Último Pago (día/mes/año)
Fecha: Ingreso (día/mes/año)	Años de Servicio en el Gobierno	Fecha: Separación, Cesantía o Renuncia (día/mes/año)	
¿Préstamos con el Sistema de Retiro?		¿Ha cotizado en otro Sistema de Retiro?	
Hipotecario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indique cual _____	
Viaje cultural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe otra pensión como beneficiario por alguna ley especial?		
Préstamo personal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indique cual _____	
Naturaleza del padecimiento que le incapacita			

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 (día/mes/año)
Hora			
Descripción del accidente _____			

Explique cómo su condición le impide desempeñar sus funciones			

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO

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

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

Otros médicos que atienden su condición

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

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

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

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
Hospital:	_____	_____	_____
Dirección :	_____	_____	_____
Indique las fechas:	_____	_____	_____
Motivo:	_____	_____	_____
Tratamiento y medicamentos:	_____	_____	_____

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

No Sí, Indique cuáles:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

DATOS RELACIONADOS CON LA CUENTA BANCARIA (DEPÓSITO DIRECTO)

Nombre de la Institución Bancaria	Tipo de cuenta		
	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Cheques	<input type="checkbox"/> Otra:
Número de cuenta	Número de ruta y tránsito		

Notas importantes:

- * El depósito directo es compulsorio según las disposiciones de la Ley 103 de 25 de mayo de 2006, "Ley para Implantar la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado".
- * El solicitante deberá acompañar esta solicitud con la forma Depósito Directo o Transferencias completado por el Banco o traer un cheque cancelado o una hoja de depósito procesada por el banco que tenga número de cuenta, ruta y tránsito impresos. De no tener deberá certificar en la Institución Financiera la forma Depósito Directo o Transferencia a una Cuenta Bancaria IRA.
- * Deberá asegurarse de completar correctamente esta sección y así evitará que su pago no llegue a otra cuenta.

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información suministrada es correcta y que me consta que ofrecer información falsa conlleva la aplicación de penalidades establecidas por Ley. Autorizo a la Administración de los Sistemas de Retiro a realizar las investigaciones que estime pertinentes para corroborar la misma.

Firma del (de la) Solicitante

Fecha (día/mes/año)

PARA USO DE LA AGENCIA

Nombre de la agencia	Pueblo donde trabaja	Dirección

Certificamos que la información suministrada en este documento es cierta y correcta.

Preparado por:

Nombre del Coordinador Agencial para Asuntos de Retiro

Firma

Fecha (día/mes/año)

Nombre del Director de Recurso Humanos o su Representante Autorizado

Firma

Fecha (día/mes/año)



PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO

Fecha de recibo

Nombre de la Persona que Recibe los Documentos

Documentos completos:

- Sí No

Puesto que Ocupa

Firma

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD EMPLEADO

Para radicar la solicitud de pensión, es indispensable que incluya los siguientes documentos:

1. Solicitud de Pensión por Incapacidad completada con un retrato dos por dos (2x2).
2. Solicitud de Tarjeta de Identificación de Pensionados completada, acompañada con un retrato dos por dos (2x2).
3. Notificación sobre Representación Legal.
4. Autorización a la Administración para obtener información.
5. Certificación de Servicios y Préstamos.
6. Forma ASR-DI-005 "Informe Médico de Pensión por Incapacidad".
7. Informe Médico completado en todas sus partes. (Deberá incluir el nombre del médico, especialidad, número de licencia y la dirección física en letra de molde. El informe debe estar firmado y fechado por el médico).
8. Certificado de Nacimiento:
 - a. Acta de Bautismo acompañada de Certificación Negativa del Registro Demográfico.
 - b. En caso de no ser ciudadano americano, deberá traer el Certificado del Tribunal Electoral que evidencie su
9. Declaración Jurada ante Notario que indique que es la misma persona en caso de que el nombre en los
10. Relación de Costos de Servicios No Cotizados con evidencia de pago.
11. Certificación de Compensabilidad para la Administración de los Sistemas de Retiro emitida por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (Modelo CFSE 0037).
12. Las solicitudes por incapacidad ocupacional bajo las disposiciones de la Ley Núm. 127 deberán incluir los siguientes documentos:
 - a. Copia oficial del informe obrero patronal sometido a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE). Copia oficial de la investigación administrativa del accidente. Copia de la declaración jurada tomada al solicitante y testigo.
13. Copia del expediente médico de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE, si aplica).

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 4 de 7

**DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD
AGENCIA**

1. Hoja de Servicios actualizada a la fecha de radicación.
 - a. Si el solicitante está acogido al Plan de Completa Suplementación, deberá desglosar por año fiscal los
2. Declaración Individual no aplica a los miembros de la Policía de Puerto Rico.
 - a. Puede ser original o copia y si no existe evidencia de ese documento, en su lugar, Certificación que indique plan de retiro acogido, Coordinado o Completa Suplementación.
3. Certificación relacionada con Interrupciones en el Servicio.
4. Certificación del patrono para la Solicitud de Pensión por Incapacidad.
5. Expediente para asuntos de Retiro en original.

En aquellos casos en que no conste el Expediente de Retiro, la Instrumentalidad deberá preparar y enviar una copia del Expediente de personal, certificada por el Director de Recursos Humanos o el Coordinador de Asuntos de Retiro. Se acompañará con una comunicación explicativa expedida por el Director de Recursos Humanos.
6. Copia OP-15 (informe de cambio) actualizado.
7. Copia OP-16 o Certificación indicando deberes del puesto llevados a cabo (OPCIONAL).
8. Otros:

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 5 de 7

Requisitos para Pensiones por Incapacidad (Ley 447 y 127)

1. La solicitud debe estar completa en todas sus partes y firmada. Es de suma importancia que la dirección sea legible.
2. Completar e incluir la forma de Designación de Beneficiarios o actualizarla.
3. Completar e incluir la forma de Datos Demográficos.
4. No es necesario que el participante tenga representación legal, pero es requisito que complete el formulario "Notificación sobre Representación Legal". En caso de tener representante legal, deberá informar todos los datos solicitados.
5. Para evidenciar pagos por servicios no cotizados, deberá someter el Recibo Oficial de Pago y/o una Certificación expedida por la Oficina de Nómina indicando los descuentos efectuados. Esta deberá indicar la fecha de comienzo y terminación, cantidad mensual, total descontado y en caso de interrupciones en el descuento, deberá especificarlo.
6. La información que conste en la "Hoja de Servicio" ASR-PA-004, en la Certificación de Interrupciones en Servicio y en la Certificación del Patrono para la Pensión por Incapacidad no puede ser contradictoria. Si ha prestado servicios en otras agencias, es importante que presente la Hoja de Servicio y el expediente personal de todas las agencias en las que ha prestado servicio.
7. La Declaración Individual es el documento requerido para evidenciar el plan de aportaciones de retiro al que está acogido el participante. En ausencia de este documento, se requiere una Certificación Negativa expedida por la Agencia, indicando además, el plan al que está cotizando. En los casos de participantes acogidos al Plan de la Completa Suplementación, se requiere además, la fecha del primer descuento efectuado a base del referido plan. (No aplica a los Agentes de la Policía de Puerto Rico).
8. Las Hojas de Servicio de todos los participantes acogidos al Plan de Completa Suplementación deberán indicar las aportaciones efectuadas para Retiro por servicios prestados a partir 1ro de julio de 1968.
9. El expediente requerido es el de Asuntos de Retiro, en original. Solamente se aceptarán expedientes sustitutos en casos extremos cuando se hayan agotado todos los recursos para localizar el expediente, sin éxito. En tal caso, se requiere que cada documento del expediente sea certificado y se acompañe de una comunicación explicativa.
10. Es indispensable que en el Informe Médico conste la fecha de expedición, el nombre del médico (escrito de forma legible), la firma y el número de licencia. El periodo entre la fecha de expedición del Informe Médico y la fecha de radicación de la solicitud no puede ser mayor de seis (6) meses.
11. Se considera los informes médicos, evaluaciones, placas, MRI, CT Scan, laboratorios o cualquier otro documento médico relacionado a la condición o condiciones incapacitantes como evidencia adicional por las cuales se solicitan los beneficios. La evidencia debe demostrar el historial de la condición médica desde inicio hasta el presente. Será responsabilidad del participante someter toda la evidencia médica de los tratamientos correspondientes a dichas condiciones.
12. Es necesario que someta la Certificación de Compensabilidad de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado para la Administración de los Sistemas de Retiro modelo CSFE 0037/ (ABR 2002) correspondientes a los accidentes por los cuales radica la solicitud de pensión.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 6 de 7

Requisitos para Pensiones por Incapacidad (Ley 447 y 127) Continuación

13. Se requiere copia certificada del expediente médico de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.
14. Las declaraciones juradas que se someterán son las que se encuentran en el expediente, las que fueron prestadas a la fecha del accidente. En caso de que no se hayan prestado, se requiere una Certificación Negativa expedida por el oficial autorizado de la Agencia acompañada de declaraciones juradas recientes del participantes y testigos. (Aplica a los participantes que están cubiertos por las disposiciones de la Ley 127.)
15. Los participantes de la Guardia Nacional a los que le aplican las disposiciones de la Ley 127 son los que han sido activados como resultado de una Declaración de Estado de Emergencia del Gobernador de Puerto Rico.
16. Los funcionarios de alto riesgo cobijados por los beneficios de pensión de la Ley 127/1958 son aquellos que taxativamente se encuentran definidos en la ley.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 7 de 7

JUNTA DE
RETIRO
DEL GOBIERNO DE
PUERTO RICO

