

Foto
2X2

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN GENERAL DE JUBILACIONES Y PENSIONES A CARGO DEL ESTADO
Formulario Solicitud de Pensión



MOTIVO PENSION: ANTIGÜEDAD
 DISCAPACIDAD

Fecha: _____
 Lugar: _____

INFORMACION BENEFICIARIO

NOMBRES: _____	APELLIDOS: _____
CEDULA/PASAPORTE: _____	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
FECHA NACIMIENTO: (dd/mm/aaaa) _____	LUGAR NACIMIENTO: _____
NACIONALIDAD: _____	PROFESION: _____
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	
DIRECCION: _____	
PROVINCIA: _____	SECTOR, CIUDAD: _____
TELEFONO: _____	TELEFONO 2 (CEL): _____
INSTITUCION A LA QUE PERTENECE: _____	LEE <input type="checkbox"/> ESCRIBE <input type="checkbox"/>
CONTACTO: _____	TEL. CONTACTO: _____
PROFESION CONTACTO: _____	

HISTORIA LABORAL EN EL SECTOR PUBLICO

INSTITUCION	CARGOS DESEMPEÑADOS	TIEMPO DE SERVICIO		SUELDOS
		DESDE (DIA/MES/AÑO)	HASTA (DIA/MES/AÑO)	

* Colocar historia laboral en orden cronológico, de cargo más reciente al más antiguo.

INFORMACION PARIENTES CERCANOS

PARENTESCO	NOMBRE	CEDULA	NACIONALIDAD	FECHA NAC. (dd/mm/aaaa)
PADRE				
MADRE				
ESPOSO(A)/CONCUBINA				
HIJO(A) MENORES				
HIJO(A) MENORES				
HIJO(A) MENORES				
HIJO(A) MENORES				
HIJO(A) MENORES				

Declaro que las informaciones y documentos que he suministrado con la presente solicitud son veraces y autorizo a la DGJP a que los mismos sean comprobados por todas las vías que entienda pertinente, incluyendo los Centros de Información Crediticia. Además reconozco que, en caso de comprobación de falsedad en los mismos, esta solicitud quedará automáticamente anulada. Asimismo, declaro y reconozco que la presente solicitud podrá ser variada en caso de cumplir los requisitos para una pensión por antigüedad, de acuerdo al art.3 de la Ley No.379-81.

Firma del Solicitante