



Junta de Gobierno  
Universidad de Puerto Rico  
Sistema de Retiro

P.O. Box 21769  
San Juan, PR 00931-1769

**SOLICITUD DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD**

**OCUPACIONAL**

**NO OCUPACIONAL**

(Vea instrucciones en la página #4)

<b>1. Nombre:</b> _____	<b>2. Seguro Social:</b> _____ -- _____ -- _____
_____ Paterno Materno Nombre	
<b>3. Fecha de Nacimiento:</b> ____ / ____ / ____ mes día año	<b>5. Lugar de Nacimiento:</b> _____
<b>4. Sexo:</b> Femenino Masculino	<b>6. Estado Civil:</b> Soltero Viudo Casado Divorciado
<b>7. Dirección Postal:</b> _____ _____ Zip _____	<b>8. Dirección Residencial:</b> _____ _____ Zip _____
<b>9. Teléfonos:</b> Oficina _____ Residencia _____ Celular _____	<b>10. Correo electrónico:</b> _____
<b>11. Título del Puesto:</b> _____	<b>13. Recinto:</b> _____
<b>12. Tipo de puesto:</b> Docente No Docente (ND) ND -- Administrativo ND -- Mantenimiento y Construcción	<b>14. Facultad o departamento:</b> _____
<b>15. Persona contacto</b> (Ver instrucciones)	<b>c. Teléfonos:</b>
<b>a. Nombre:</b> _____	Residencia _____ Celular _____
<b>b. Dirección:</b> _____	Relación con el participante: _____
<b>16. ¿Tiene préstamos con el Sistema de Retiro?</b> Hipotecario Personal	<b>18. ¿Tienen deudas con otro Sistema de Retiro?</b> Sí (Indique cual) No Retiro ELA Retiro Maestros Retiro AEE
<b>17. ¿Tiene otras deudas con el Sistema?</b> Sí (Indique cual) No C55 C139 C94 SNC	<b>19. ¿Tiene servicios acreditados en otro Sistema de Retiro?</b> Sí (Indique cual) No Retiro ELA Retiro Maestros Retiro AEE
<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____

20. Naturaleza del padecimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿Tiene usted radicada alguna reclamación ante el Fondo del Seguro del Estado?      **Sí**      **No**

22. En caso afirmativo indique:

a. Número Asignado por el Fondo del Seguro \_\_\_\_\_

b. Número asignado por la Comisión Industrial \_\_\_\_\_

c. Fecha del accidente    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
  mes            día            año

d. ¿Cómo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Explique como su condición le impide desempeñar sus funciones.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. a. ¿Hizo alguna solicitud de acomodo razonable en su recinto?      **Sí** (Incluir evidencia)      **No**

Indique cual: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál fue la respuesta a su solicitud? Explique

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

**INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO**

25. a. Provea el nombre, dirección y teléfono del médico que lo está tratando para su condición actualmente e historial médico de esa condición.

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. Si está visitando otros médicos para tratar su condición, someta la siguiente información y provea historial médico.

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

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

26. Ha estado hospitalizado recientemente debido a su condición? (Proveer evidencia) Sí  No

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento o Medicamentos recibidos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Se le han realizado pruebas o laboratorios relacionados con su condición? (Provea copia de los mismos)

Sí	No	¿Cuáles?
1. _____		3. _____
2. _____		4. _____

CERTIFICO que la información suministrada es correcta. Autorizo al Sistema de Retiro de la Universidad de Puerto Rico a realizar las investigaciones que estime pertinentes a los efectos de corroborar la información expuesta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Un historial médico debe contener la siguiente información:
1. Diagnósticos y descripción de las condiciones
  2. Resultados médicos
  3. Como esas condiciones afectan sus actividades, especialmente las relacionadas con el trabajo.
  4. Tratamiento y medicación
  5. Pronóstico y Recomendación

## REQUISITOS GENERALES

Antes de llenar esta solicitud el participante debe visitar o escribir a la Sección de Beneficios del Sistema de Retiro para asegurarse que cumple con los requisitos de pensión impuestos por la certificación que cobija su participación.

### Favor contestar todas las preguntas.

- ❖ **Persona contacto: Alguien a quien el participante autoriza a recibir y ofrecer información en caso de que no se logre comunicación con él. (Pregunta #15)**
- ❖ **C55, C94, C139 se refiere a las Certificaciones de la Junta de Síndicos número 55 – Suplementación; 94 – Tope \$50 mil; 139 – Tope \$60 mil; SNC= Servicios no cotizados**

### I. Requisito básico indispensable

**Todo solicitante de pensión por incapacidad debe estar en servicio activo –trabajando- o vinculado al servicio por algún tipo de licencia.**

#### A. Incapacidad Ocupacional

- a. La condición incapacitante debe:
  - i. Haber surgido en el cumplimiento de sus deberes y
  - ii. Ha sido cubierto por las disposiciones de la Ley de Compensaciones por Accidentes del Trabajo administrada por el Fondo del Seguro del Estado.
- b. Incapacidad No Ocupacional  
Tener 10 años de servicio acreditados.

### II. Documentos requeridos

Con esta Solicitud debe incluir:

1. Certificado de Nacimiento **original** con fecha reciente, o en su defecto y orden de preferencia:
  - a. Certificación negativa del Registro Demográfico acompañado del Certificado de Bautismo, o
  - b. Certificaciones negativas del Registro Demográfico y del Certificado de Bautismo acompañadas de una Certificación de la Junta Estatal de Elecciones donde conste su edad a la fecha de la inscripción o
  - c. Copia pasaporte vigente
2. Designación de Beneficiarios (se proveerá)
3. Tres (3) fotos a colores tamaño 2" x 2"
4. Certificado para la Exención Retención Contributiva (se proveerá)
5. Certificación de ASUME
6. Copia del recibo de facturación de agua (AAA) – para verificar dirección
7. Hoja de Divulgación de Información Confidencial (se proveerá)
8. Certificado Oficina Recursos Humanos indicando:
  - a. status de empleo a la fecha de la solicitud
  - b. funciones esenciales del puesto que ocupa al momento de la solicitud
9. Evidencia médica - Historial médico de la condición o condiciones por las que solicita pensión.
10. Si es por Incapacidad Ocupacional debe incluir, además, el documento del FSE que establece la relación causal.
11. Autorización depósito electrónico (opcional). Si autoriza el depósito directo favor incluir copia de un cheque nulo o cancelado y/o del estado bancario.

### III. Condiciones

1. No se aceptarán solicitudes que no cumplan con el requisito básico.
2. Toda solicitud se considerará cancelada al ocurrir cualquiera de las siguientes circunstancias:
  - a. No está firmada o tiene preguntas sin contestar.
  - b. Faltan documentos de los indicados en la lista anterior
  - c. No comparecencia a cita médica; no responde dentro de los términos concedidos a comunicaciones enviadas durante el proceso de evaluación de la solicitud.
  - d. No se recibe respuesta a la notificación de aprobación dentro del término de los 30 días laborables subsiguientes a la fecha de notificación.
3. El Sistema podrá requerir al participante el pago de los honorarios médicos incurridos en el trámite de una solicitud cancelada.