



**SISTEMA DE RETIRO
JUNTA DE RETIRO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

SOLICITUD DE PENSIÓN POR INCAPACIDAD
(Vea las instrucciones al dorso)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
1. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	2. Seguro Social	3. Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)
5. Género	4. Lugar de Nacimiento	6. Estado Civil	7. Teléfono Residencial	8. Teléfono Celular
☐ Femenino ☐ Masculino		☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Divorciado		
9. Dirección Postal			10. Dirección Residencial	
Pueblo Estado/País Código Postal			Pueblo Estado/País Código Postal	
11. Teléfono Oficina	12. Correo Electrónico	13. Título de Puesto	14. Tipo de Puesto	
			☐ Docente ☐ No Docente (ND) ☐ ND-Administrativo ☐ ND-Mantenimiento y Construcción	
15. ¿Tiene préstamos con el Sistema de Retiro de la UPR?		16. ¿Tiene otras deudas con el Sistema de Retiro de la UPR?		
☐ Sí, Indique cual ☐ No		☐ Sí, Indique cual ☐ No		
☐ Hipotecario ☐ Personal		☐ C55 ☐ C139 ☐ C94 ☐ SNC		
17. ¿Tiene servicios acreditados en otro Sistema de Retiro?		18. ¿Tiene deudas otro Sistema de Retiro?		
☐ Sí, Indique cual ☐ No		☐ Sí, Indique cual ☐ No		
☐ Retiro ELA ☐ Retiro Maestros ☐ Retiro AEE		☐ Retiro ELA ☐ Retiro Maestros ☐ Retiro AEE		
19. Persona contacto (ver instrucciones)				
a. Nombre		b. Dirección		
c. Teléfono Residencial		Teléfono Celular		
Relación con el participante				
Firma del Solicitante _____		Fecha _____		



SISTEMA DE RETIRO
JUNTA DE RETIRO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

20. Naturaleza del padecimiento.		21. Explique cómo su condición le impide desempeñar sus funciones.	
22. 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			
23. 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:	



**SISTEMA DE RETIRO
JUNTA DE RETIRO
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO (cont.)

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:

24. ¿Ha estado hospitalizado recientemente debido a su condición? Proveer evidencia

☐ Sí ☐ No

Nombre del Hospital:	Motivo de la hospitalización
Dirección	
Tratamiento	

25. ¿Se le han realizado pruebas o laboratorios relacionados con su condición? Proveer 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
-----------------------	-------

Una vez radicados en este Sistema de Retiro todos los documentos requeridos para solicitar pensión por incapacidad, especialmente los documentos médicos, forman parte de un expediente confidencial propiedad del Sistema. No se proveerán copias de los mismos excepto por solicitud de un Tribunal o del Seguro Social, en cuyo caso la solicitud debe ser presentada por dichas instituciones.

PO BOX 21769, SAN JUAN, PUERTO RICO 00931-1769 – TEL. 787-751-4550 – FAX 787-764-0941

“Somos un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo y no discriminamos por razón de raza, color, sexo, edad, origen social o nacional, condición social afiliación política, ideas políticas o religiosas: por ser víctima o ser percibida(o) como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho, sin importar estado civil, orientación sexual, identidad de género o estatus migratorio: por impedimento físico mental o ambos, por condición de veterano(a) o por información genética.”

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I

Rev. v1. mar. 2023



SISTEMA DE RETIRO JUNTA DE RETIRO UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

Antes de llenar esta solicitud el participante debe visitar o escribir a la Sección de Beneficios del Sistema de Retiro para que asegure 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 #19)
- 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 cotizado

I. Requisitos básicos indispensable

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

A. Incapacidad

Tener 15 años de servicio solicitados.

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 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. Certificado de ASUME
6. Copia del recibo de facturación de AGUA – 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. Autorización depósito electrónico (opcional). Si autoriza el depósito directo favor incluir copia de un cheque nulo a cancelado y/o del estado bancario.

III. Condiciones

1. No se aceptará 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.

PO BOX 21769, SAN JUAN, PUERTO RICO 00931-1769 – TEL. 787-751-4550 – FAX 787-764-0941

“Somos un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo y no discriminamos por razón de raza, color, sexo, edad, origen social o nacional, condición social afiliación política, ideas políticas o religiosas: por ser víctima o ser percibida(o) como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso, sin importar estado civil, orientación sexual, identidad de género o estatus migratorio: por impedimento físico mental o ambos, por condición de veterano(a) o por información genética.”

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I

Rev. v1. mar. 2023