

**Anexo III
FORMATO DE SOLICITUD**

Yo, _____ identificada/o con DNI / CE / PASAPORTE N° _____ y, con domicilio actual en _____

<input type="checkbox"/>	Asegurada/o
<input type="checkbox"/>	Sobreviviente
<input type="checkbox"/>	(*)Representante / Apoyo de: _____, (Nombre de la persona) identificada/o con DNI / CE / PASAPORTE N° _____ y, con domicilio actual en _____

(*)Ficha/Partida Electrónica donde corre inscrita la representación/apoyo N° _____
Oficina Registral de: _____

Solicito:

<input type="checkbox"/>	Incorporación	<input type="checkbox"/>	Pensión de Viudez	<input type="checkbox"/>	Pensión de Ascendencia
<input type="checkbox"/>	Pensión de Invalidez	<input type="checkbox"/>	Pensión de Orfandad		

1. Marcar con una "x", según corresponda:

Sí	No		De marcar "Sí", deberá indicar lo siguiente:
		Percibo otra pensión por el D.L. N° 20530, o ejerzo actividad remunerada bajo cualquier modalidad en el Sector Público.	<ul style="list-style-type: none"> Entidad donde percibe el otro ingreso, monto y desde cuándo: Tipo de prestación: <ul style="list-style-type: none"> - Cesantía/Remuneración - Administrativo () - Cesantía/Remuneración - Docente () - Sobrevivientes - Viudez () - Sobrevivientes - Orfandad () - Sobrevivientes - Ascendencia ()

2. Marcar con una "x", según corresponda:

Pensión de Sobrevivientes - Viudez (Pensionista / No Pensionista):

Sí	No	
		Tengo conocimiento de la existencia de hijas/os (menores de edad o que estudian o que adolecen de incapacidad absoluta para el trabajo) de la/el causante.

En caso de haber indicado Sí, detallar los siguientes datos:

Nombres y Apellidos	DNI / CE / PASAPORTE	Domicilio

Pensión de Sobrevivientes - Viudez Varón (Pensionista / No Pensionista):

Sí	No	Me encuentro incapacitado para subsistir por mí mismo.
Sí	No	Carezco de rentas o ingresos (*)
Sí	No	Estoy amparado por algún sistema de seguridad social.

(*) Nota: La pensión se reconoce si las rentas o ingresos no son superiores al monto de la pensión que le correspondería al solicitante.

Observaciones y/o comentarios	
-------------------------------	--

Pensión de Sobrevivientes - Orfandad (Pensionista / No Pensionista):

Sí	No	Tengo conocimiento de la existencia de otras/os hijas/os (menores de edad o que estudian o que adolecen de incapacidad absoluta para el trabajo) o viuda/o o integrante de unión de hecho de la/el causante.
----	----	--

En caso de haber indicado Sí, detallar los siguientes datos:

Nombres y Apellidos	DNI / CE / PASAPORTE	Domicilio

Pensión de Sobrevivientes - Orfandad (Pensionista / No Pensionista), para hijas/os mayores de 18 años de edad que siguen estudios de nivel básico o superior:

Sí	No	Me encuentro cursando estudios de nivel básico o superior de manera satisfactoria, dentro del periodo regular lectivo.
----	----	--

Pensión de Sobreviviente - Ascendencia (Pensionista / No Pensionista):

Sí	No	Dependía económicamente de la/el asegurada/o / pensionista a su fallecimiento y carezco de rentas e ingresos superiores al monto de la pensión que percibía o hubiera podido percibir la/el causante.
----	----	---

Sí(*)	No	Tengo conocimiento de la existencia de otras/os hijas/os (menores de edad o que estudian o que adolecen de incapacidad absoluta para el trabajo) o viuda/o o integrante de unión de hecho de la/el causante.
-------	----	--

(*) En caso de haber indicado Sí, detallar los siguientes datos:

Nombres y Apellidos	DNI / CE / PASAPORTE	Domicilio

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales, según lo dispuesto por los artículos 411, 427 y 438 del Código Penal, en concordancia con el artículo IV, numerales 1.7 y 1.16, del Título Preliminar y el artículo 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente a la ONP alguna modificación de los requisitos que originaron el reconocimiento de mi pensión.

Fecha...../...../.....

Firma y DNI/CE/PASAPORTE