

Foto  
2X2

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



MOTIVO PENSIÓN: ANTIGÜEDAD   
 DISCAPACIDAD

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Lugar: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN BENEFICIARIO**

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

**HISTORIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO**

INSTITUCIÓN	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.

**INFORMACIÓN PARIENTES CERCANOS**

PARENTESCO	NOMBRE	CÉDULA	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 pertinentes, incluyendo los Centros de Información Crediticia. Además reconozco que, en caso de comprobación de falsedad en los mismos, esta solicitud quedará automáticamente anulada. Así mismo, 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