



SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ

Nombre Completo		Cédula No.	
Domicilio: Provincia	Cantón	Distrito	
Otras señas para fácil localización:			
Teléfono Domicilio	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular No.	Correo electrónico para notificaciones
¿Trabaja actualmente? SI () NO ()		Si está cesante indique desde que fecha:	
¿Se encuentra incapacitado (a)? SI () NO ()	¿Desde qué fecha?	¿Le pagan subsidios? SI () NO ()	¿En qué lugar?
¿Hizo solicitud anterior? ¿Dónde? SI () NO () _____			
¿Solicita traslado de cuotas? SI () NO () Si su respuesta es SÍ, marque con una X de cuál (es) Régimen(es) de Pensión requiere hacer traslado de sus cuotas: JUPEMA _____ PODER JUDICIAL _____			
Por favor indicar los periodos que pretende trasladar: Desde: _____ hasta: _____			
Es importante señalar que puede presentar las certificaciones de los periodos y salarios devengados del Régimen que requiere trasladar sus cotizaciones a Régimen IVM, para facilitar el trámite; no obstante, si no los aporta, esta Administración los solicitará a la Entidad correspondiente.			
¿Ha recibido pensión o indemnización del INS? Si () NO ()			
Ocupación (especifique la labor que realiza actualmente para subsistir)			
Grado de escolaridad.	a. Primaria completa () b. Primaria incompleta () c. Secundaria completa () d. Secundaria incompleta () e. Técnico incompleta () f. Técnica completa () g. Universitaria Completa () h. Universidad Incompleta () i. Ninguno ()		

Favor indicar la cuenta bancaria donde desea se deposite la pensión (debe estar a su nombre):

No. de cuenta IBAN: _____

INFORMACIÓN SOBRE PADECIMIENTOS

Padecimientos	Centro de Salud en donde tiene el control del padecimiento

DOY CONSENTIMIENTO

NO DOY CONSENTIMIENTO

A LA DIRECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ DE LA GERENCIA DE PENSIONES

Para que solicite mi información médica contenida en los expedientes clínicos de los centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en los que soy atendido, igualmente autorizo el acceso al Expediente Único de Salud EDUS, en el entendido que esta información médica será utilizada para fines relacionados con el trámite de pensión o de beneficio social solicitado. Lo anterior con fundamento en artículos 12 y 43 Reglamento de EDUS, artículo 5 Ley 8968 Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales y el artículo 2 Presentación única de documentos, Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos.

EL USUARIO DEBERÁ APORTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

1. Identificación vigente y en buen estado. En caso de personas costarricenses mayor de edad: Cédula de Identidad, en caso de persona extranjera mayor de edad: Documento de Identidad Migratoria para Extranjeros (DIMEX).
2. Si el usuario tiene controles médicos en centros de salud privados, debe de aportar copia certificada del expediente en forma física o digital, si la lesión o enfermedad ha sido atendida en el Instituto Nacional de Seguros (INS) aportar epicrisis completa por dicha entidad. En caso de aportar información médica emitida en el extranjero debe estar debidamente apostillada y traducida al idioma español en caso de que corresponda.
3. Los solicitantes incapaces de conocer los alcances de sus actos deberán adjuntar copia de la resolución judicial que indique quien ejerce como GARANTE, y la solicitud de pensión debe ser firmada por éste.

Se le informa que cualquier cambio en el medio señalado para recibir notificaciones, deberá comunicarlo por escrito a la Administración a efectos de que conste dentro del expediente de pensión.

Una vez que haya finalizado con el llenado y firma del formulario de solicitud de pensión, puede presentarlo en la Sucursal de la CCSS más cercana a su lugar de residencia o enviarlo con la documentación solicitada al correo electrónico ivm-servicios@ccss.sa.cr

Nombre Funcionario, Firma y sello de Recibido

Firma o Huella Digital Solicitante