



**SOLICITUD DE BENEFICIO
DE PENSIÓN POR INVALIDEZ**

Directorio de Especialistas, o en su defecto Señor (a) Director (a) Interino (a)
Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP)

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Yo, _____
Nombres y Apellidos

DNI _____ Correo Electrónico _____

D _____ /M _____ /A _____
Fecha de Nacimiento Estado Civil

Profesión u Oficio _____ No. de Tel. Fijo _____ No. de Tel. Celular _____

Nombre de la Institución donde labora o laboró: _____

Desempeñando el cargo de: _____

Residente en: Barrio/Col. _____, Ave. _____

Calle/Bloq. _____, Casa No. _____

Ciudad _____, Municipio _____

Departamento _____

Banco receptor: _____

No. de Cuenta de Ahorro (en Lempiras): _____

GÉNERO	F		TIPO DE DISCAPACIDAD					
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)		DISCAPACIDAD COGNITIVA			
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)		DISCAPACIDAD MULTIPLE			
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)		DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL			
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
ZONA	ETNIA							
	MESTIZO		PECH		MISQUITO		TAWAHKA	
	RURAL		NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN	
URBANO		MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA		OTROS

*Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.

Referencia Personal (1): _____

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____

Referencia Personal (2): _____

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____

En caso de tener un Representante Legal/Curador, nombre: _____

DNI _____

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico _____

II. INFORMACIÓN FAMILIAR

Así mismo, por este medio de constancia de la información correspondiente a mi cónyuge, hijo (s) y padre (s) (Se recalca que dicha información NO se trata de la "Descripción de Beneficiarios").

1) Esposo (a):

_____ D _____ /M _____ /A _____
Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____

2) Hijo (s):

a. _____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

b. _____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

c. _____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

d. _____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

e. _____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

f. _____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

g. _____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

3) Padres (únicamente si están con vida):

_____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

_____ D _____ /M _____ /A _____
 Nombres y Apellidos Fecha de Nacimiento

No. de Teléfono: _____, Correo Electrónico: _____.

III. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**Acompaña esta petición con los siguientes documentos:**

- 1. Actualización de datos del Participante previo a solicitar el servicio o beneficio (trámite personal).
- 2. En caso de contar con un Representante legal/Curador que gestione mi trámite, adjunto copia de la "Carta Poder" correspondiente.
- 3. Constancia de Saldos emitida por el Departamento de Cartera y Cobro, proyectada a 6 meses.
- 4. Constancia de Saldos emitida por el Departamento de Cartera y Cobro, proyectada a 6 meses.
- 5. Una (1) fotocopia legible por ambos lados del DNI vigente.
- 6. Un (1) recibo de servicio público correspondiente a su residencia actual, el cual deberá coincidir con la dirección descrita en la Sección I de esta solicitud.
- 7. Certificado de Acta de Nacimiento del Solicitante (Nota: En caso de presentar inconsistencia en nombres o apellidos, fecha de nacimiento, número de DNI u otros, deberá acudir al Registro Nacional de las Personas (RNP) respectivo a resolver dicha inconsistencia o en su defecto presentar Información Ad-Perpetuam).
- 8. Certificación o Dictamen Médico original que acredite la enfermedad Invalidante sea este mental u orgánica, extendida por el IHSS, en la cual se declare en "ESTADO DE INVALIDEZ"; dicho Dictamen deberá ser extendido en papel membretado de la Institución, con las firmas y sellos del médico tratante y del Director del Centro asistencial o de la Comisión Técnica del IHSS (**NOTA: La fecha de emisión del Certificado o Dictamen Médico no debe ser superior a seis (6) meses a la fecha de presentación al INJUPEMP**) **NO SE ADMITIRÁ CERTIFICADO O DICTAMEN DE HOSPITAL O CLINICA PRIVADA.**

9. En caso de acreditar cotizaciones antes de 1990 en Instituciones Clausuradas, deberá presentar Constancia razonada emitida por la Unidad de Operaciones y Certificación o Constancia del Centro Documental de la Secretaría de Finanzas (SEFIN), más documentación que pueda verificar dichas cotizaciones.
10. Certificación Laboral (Acuerdo de nombramientos y/o Cancelaciones) de todas las Instituciones donde laboré con sello y firma de Recursos Humanos, extendida en papel membretado y conforme al modelo establecido por INJUPEMP, ver "Forma C-2" (NOTA: En caso de que alguno de los documentos presentados no concuerde con el nombre del DNI, deberá acreditarlo mediante una constancia extendida por la oficina de RR.HH. de la Institución donde laboró, explicando que se trata de la misma persona).
11. Una (1) fotografía reciente tamaño carné.
12. Constancia de Funciones que realiza en el cargo, si se encuentra en servicio activo.
13. Fotocopia de las últimas cuatro (4) incapacidades temporales, en el caso que aplique para participantes activos siempre que hayan sido atendidos en clínicas del IHSS, de no poder conseguir dichas incapacidades por no haber sido evaluado por ese Instituto, deberá de solicitar una constancia del IHSS en la que se indique de que no cuenta con un historial de incapacidades. También se podrá considerar cualquier documento de hospital o clínica pública que acredite que haya sido tratado por cualquier enfermedad.
14. Constancia original de cuenta bancaria de ahorro (en Lempiras) extendida por la Institución bancaria de su preferencia (no se aceptarán constancias de Cooperativas o Financieras).
15. Constancia de no tener beneficios en otras Instituciones Públicas de Previsión Social.

IV. PETICIÓN

Comparezco ante Usted, solicitando el Beneficio de Pensión por Invalidez, en los términos de la Ley del Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP), por encontrarme físicamente imposibilitado (a) para continuar en el cargo que desempeño, extremo que compruebo de la siguiente manera:

- 1.- Con la Certificación extendida por el Jefe de Recursos Humanos, compruebo que he venido laborando al servicio de la Institución _____ desde el _____ de _____ del año _____, a la fecha y para cumplir el período de calificación por Invalidez (Participante en Suspense) es necesario haber cotizado treinta y seis (36) meses (Según Artículo 56 reformado en el Decreto Legislativo No. 130-2014 "*Tiene derecho a una Pensión por Invalidez, el participante activo, voluntario o en suspenso, que cumplan con el Período de Calificación, a quien le sobrevenga una situación de incapacidad total y permanente, física o mental, mediante la cual el individuo haya perdido más del sesenta y cinco por ciento (65%) de su capacidad funcional, que impida el normal desempeño de sus funciones o labores. Para cumplir el Período de Calificación por Invalidez al que se refiere el párrafo anterior, es necesario haber cotizado treinta y seis (36) meses, en tiempo y forma, dentro de los últimos seis (6) años que precedan a la fecha de la causa que dio origen al beneficio que corresponda o bien la fecha en que se acredite la condición de incapacidad total y permanente*") y Artículo 59 numeral 4) reformado en el Decreto Legislativo No. 130-2014 "*Cuando la incapacidad total y permanente haya sobrevenido al participante sin acreditar el Período de Calificación establecido en la presente Ley. No aplica la improcedencia establecida en el numeral 4) del presente Artículo, a los participantes activos o voluntarios cuya invalidez se derive de un accidente o enfermedad de cualquier tipo.*").
- 2.- Con las Constancia de la Comisión Técnica extendidas por el Comité de Invalidez del IHSS, declaró que he perdido el _____% de capacidad funcional.
3. La enfermedad que padezco (detallada en Constancia adjunta del IHSS), el cual me sobrevino de forma total y permanente, correspondiente al mes de _____ del año _____ fecha señalada.

V. DECLARACIÓN

Así mismo, hago constar que:

- 1.- La información detallada en la presente solicitud es verdadera y los documentos adjuntos son verídicos.
- 2.- Manifiesto que, en caso de que tenga Préstamos Personales o Préstamos Hipotecarios (en todas sus variables para ambos préstamos) pendientes de pago con el Instituto, razón por la cual, autorizo para que del monto de la pensión del beneficio sea deducida la cuota correspondiente hasta la completa cancelación de la deuda.
- 3.- En caso de aprobación del beneficio, autorizo al INJUPEMP a realizar los depósitos de la pensión en la cuenta bancaria detallada en la presente solicitud.
- 4.- Me comprometo a cumplir con lo establecido en la Ley del INJUPEMP, y en caso de incompatibilidades, a reintegrar los valores indebidos.
- 5.- En caso de haber laborado bajo la modalidad de interinato, las cotizaciones recibidas en ese tiempo no se reconocerán para el cálculo de la pensión de jubilación, conforme a lo establecido en el Art. 31 de la Ley del INJUPEMP. Estas serán devueltas a petición de parte como Cotizaciones Indebidas.

FUNDAMENTOS DE DERECHO: Fundo mi petición en el Artículo 80 de la Constitución de la República de Honduras, y en los Artículos 3, 45, 47, 55, 56, 57, 59 y demás aplicables de la Ley del INJUPEMP (junto con sus reformas). Al Directorio de Especialistas, o en su defecto al Señor (a) Director (a) Interino del INJUPEMP pido: Admitir la presente solicitud con los documentos acompañados y resolverla de conformidad otorgándome la **PRESTACIÓN DE PENSIÓN POR INVALIDEZ** que solicito.

NOTIFICACIÓN:

- En caso de que, en el proceso de análisis de la solicitud del beneficio, el Instituto determine que existe dentro de mi historial de cotizaciones un pago pendiente por reingreso al sistema, me comprometo a pagar el monto total más los intereses que se haya generado por ello, así mismo me doy por enterado que tal situación afectará la efectividad de la pensión.

Firmado en la Ciudad de _____ a los _____ días del mes
_____ del año _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE

VI. PARA USO EXCLUSIVO DEL INJUPEMPParticipante Nuevo Es anticipo de jubilación: Si Participante Existente No