

**Anexo III  
FORMATO DE SOLICITUD**

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

<input type="checkbox"/>	<b>Asegurada/o</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sobreviviente</b>
<input type="checkbox"/>	<b>(*) Representante / Apoyo de:</b> _____ (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: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico:	_____
---------------------	-------

Solicito:

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

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

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

**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 Sobrevivientes - 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 la 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 los numerales 1.7 y 1.16 del artículo IV 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