



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Viceministerio de Poblaciones Vulnerables

Programa de Pensión por Discapacidad Severa

FORMULARIO 003

DECLARACIÓN JURADA DEL DOMICILIO ACTUAL

Yo, _____

De nacionalidad peruana; con Documento Nacional de Identidad N° _____; en el pleno ejercicio de mis derechos constitucionales y de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 28882 de simplificación de la Certificación Domiciliaria, en su Artículo 1º. DECLARO BAJO JURAMENTO: que mi domicilio actual se encuentra ubicado en:

| | | | |
|--------------------------------|-------|--------------------|-------|
| (Departamento) | _____ | (Provincia) | _____ |
| (Distrito) | _____ | | |
| (Centro Poblado) | _____ | (Caserío Anexo) | _____ |
| (Tipo de Vía: Av./Jr./Calle) | _____ | (Nombre de la Vía) | _____ |
| (Urbanización/Asociación/AAHH) | _____ | (Manzana y lote) | _____ |
| (Referencia) | _____ | | |

Que, la dirección que señalo líneas arriba; es mi domicilio actual y verdadero donde tengo vivencia real, física y permanentemente conjuntamente con(nombre del beneficiario/a), beneficiario/a del Programa de Pensión por Discapacidad Severa. En caso de comprobármese falsedad declaro haber incurrido en el delito Contra La Fé Pública, falsificación de Documentos, (Art. 427º del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7) "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444.

Para mayor constancia y validez y en cumplimiento firmo y pongo mi huella digital al pie del presente documento para fines legales correspondientes.

_____ de _____ del 20.....

| | |
|----------------------------|----------------|
| | |
| Firma del o la Solicitante | Huella Digital |





PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Viceministerio de Poblaciones Vulnerables

Programa de Pensión por Discapacidad Severa

FORMULARIO 002

ACUERDO DE COMPROMISO DEL USO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

Fecha de recepción: ___/___/___

Yo, _____, identificada/o con Documento Nacional de Identidad N° _____, de nacionalidad peruana, nacida/o el día _____ del mes de _____, del año _____, y con domicilio actual en:

(Departamento) _____ (Provincia) _____
(Distrito) _____
(Centro Poblado) _____ (Caserío Anexo) _____
(Tipo de Vía: Av./Jr./Calle) _____ (Nombre de la Vía) _____
(Urbanización/Asociación/AAHH) _____ (Manzana y lote) _____
(Referencia) _____

Me comprometo bajo juramento a lo siguiente:

- Cuidar el bienestar de la persona beneficiaria del Programa.
• Hacer uso correcto de la pensión otorgada por el Programa, la cual deberá ser destinada a mejorar la calidad de vida del/la beneficiario/a.
• Facilitar la información del uso de la pensión del/la beneficiario/a en cada proceso de monitoreo que realice el Programa de Pensión por Discapacidad Severa o la OMAPED de mi distrito.

El incumplimiento de uno o más compromisos será causal para la revocación de la autorización de cobro de la pensión.

En la localidad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año 20__.

Table with 2 columns: Firma del o la Solicitante, Huella Digital





PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Viceministerio de Poblaciones Vulnerables

Programa de Pensión por Discapacidad Severa

FORMULARIO 004

DECLARACIÓN JURADA DE TESTIGOS

Yo, _____

de nacionalidad peruana; con Documento Nacional de Identidad N° _____; domiciliado en

(Departamento) _____ (Provincia) _____

(Distrito) _____

(Centro Poblado) _____ (Caserío Anexo) _____

(Tipo de Vía: Av./Jr./Calle) _____ (Nombre de la Vía) _____

(Urbanización/Asociación/AAHH) _____ (Manzana y lote) _____

Declaro bajo juramento que el o la Sr./Sra.

reside permanentemente con el o la Sr./Sra.

y se encarga de su cuidado.

Asimismo, tengo conocimiento que el presente documento formará parte del expediente de solicitud de la autorización del cobro de la pensión no contributiva para personas con discapacidad severa.

Para mayor constancia y validez y en cumplimiento firmo y pongo mi huella digital al pie del presente documento.

_____ de _____ del 20.....

| | |
|------------------------|----------------|
| | |
| Firma del o la Testigo | Huella Digital |





PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Viceministerio de Poblaciones Vulnerables

Programa de Pensión por Discapacidad Severa

FORMULARIO 001

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

Fecha de recepción: ___/___/___

Mediante el presente documento, Yo, _____, identificada/o con Documento Nacional de Identidad N° _____, de nacionalidad peruana, nacida/o el día _____ del mes de _____, del año _____, y con domicilio actual en:

(Departamento) _____ (Provincia) _____
(Distrito) _____
(Centro Poblado) _____ (Caserio Anexo) _____
(Tipo de Vía: Av./Jr./Calle) _____ (Nombre de la Vía) _____
(Urbanización/Asociación/AAHH) _____ (Manzana y lote) _____
(Referencia) _____

Solicito la autorización para efectuar el cobro de la pensión que otorga el Programa de Pensión por Discapacidad Severa, a (Nombre del/la beneficiario/a) _____, identificada/o con Documento Nacional de Identidad N° _____, en amparo del Decreto Supremo N° 007-2016-MIMP, donde se manifiesta que para el caso de los mayores de edad que no pueden manifestar su voluntad y de los/las beneficiarios/as menores de edad el pago de la pensión lo realiza quien ejerza: (Marcar con X la opción que lo corresponde)

Table with 2 columns: Option description and selection box. Options include: Patria potestad, la tenencia o tutela de un/una menor de edad; Familiar directo hasta el tercer grado de consanguinidad y que viva con el/la beneficiario/a; Persona que vive con el/la beneficiario/a y, además, realiza los cuidados constantes del mismo.

En la localidad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año 20__.

Signature and digital stamp area with labels: Firma del o la Solicitante, Huella Digital





PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Viceministerio de Poblaciones Vulnerables

Programa de Pensión por Discapacidad Severa

FORMULARIO 005

SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

Fecha de recepción: ___/___/___

Mediante el presente documento,

Yo, _____, identificada/o con Documento Nacional de Identidad N° _____, de nacionalidad peruana, nacida/o el día _____ del mes de _____, del año _____, y con domicilio actual en:

(Departamento) _____ (Provincia) _____
(Distrito) _____
(Centro Poblado) _____ (Caserío / Anexo) _____
(Tipo de Vía: Av./Jr./Calle) _____ (Nombre de la Vía) _____
(Urbanización/Asociación/AAHH) _____ (Manzana y lote) _____

Solicito la revocación de la autorización para efectuar el cobro de la pensión que otorga el Programa de Pensión por Discapacidad Severa, a (Nombre del/la beneficiario/a) _____, identificada/o con Documento Nacional de Identidad N° _____, el cual fue autorizado mediante Resolución Directoral N° -20 -MIMP/PPDS-DE.

En la localidad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año 20__.

Table with 2 columns: Firma del o la Solicitante, Huella Digital

