

Formulario 001: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____, de nacionalidad _____, con fecha de nacimiento _____ (día) _____ (mes), del año _____ y con domicilio actual en:

Departamento: _____ Provincia: _____

Distrito: _____

Centro Poblado/ Caserío o Anexo: _____

Nombre y número de la vía (Av./ Jr./ Calle): _____

Urbanización/Asoc./AAHH: _____ Referencia: _____

Solicito la autorización del cobro de la pensión que otorga el Programa CONTIGO, de mi¹ (colocar la relación con el/la usuario/a) _____ de nombres y apellidos _____, identificado/a con DNI N° _____, en amparo del Decreto Supremo N° 007-2016-MIMP y el Procedimiento para autorizar el cobro de la Pensión de los usuarios mayores de edad que no puedan manifestar su voluntad y menores de edad del Programa CONTIGO. Conforme a lo dispuesto, declaro que mi relación con el usuario/a y condición de solicitante es de:

<input type="checkbox"/>	a) Madre / Padre que ejerce la patria potestad del usuario/a menor de edad.
<input type="checkbox"/>	b) Madre / Padre / Familiar que ejerce la tenencia o tutela del usuario/a menor de edad
<input type="checkbox"/>	c) Familiar directo hasta el tercer grado de consanguinidad del usuario/a que no expresa su voluntad o menor de edad.
<input type="checkbox"/>	d) Persona que viva con el beneficiario y que, además sea quien realice los cuidados constantes

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

Firma de la persona solicitante	Huella Digital

¹ Relación de la persona solicitante con el/la usuario/a: hijo/a, nieto/a, padre/madre, abuelo/a, sobrino/a, tío/a, esposo/a o conviviente.



Formulario 002: DECLARACIÓN JURADA DE COMPROMISO DE USO DE LA PENSIÓN

Yo, _____,
identificado/a con DNI N° _____, de nacionalidad _____, con fecha
de nacimiento _____ (día) _____ (mes), del año _____ y con
domicilio actual en:

Departamento: _____ Provincia: _____

Distrito: _____

Centro Poblado/ Caserío o Anexo: _____

Nombre y número de la vía (Av./ Jr./ Calle):

Urbanización/Asoc./AAHH: _____ Referencia: _____

Declaro bajo juramento que el domicilio indicado es mi domicilio actual en que reside también el/la
usuario/a de la pensión por discapacidad severa: (Nombres y apellidos)
_____ con DNI
N° _____

Y, me comprometo bajo juramento a lo siguiente:

1. Realizar los cuidados constantes del/la usuario/a del Programa.
2. Hacer uso correcto de la pensión, la cual deberá ser destinada a la mejorar la calidad de vida del/la usuario/a.
3. Facilitar la información del uso de la pensión al equipo que realice el monitoreo del Programa CONTIGO y a la Municipalidad 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_____.

Firma de la persona solicitante	Huella Digital



**Formulario 003: SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA
PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA**

Yo, _____,
identificado/a con DNI N° _____, de nacionalidad _____, con fecha
de nacimiento _____ (día) _____ (mes), del año _____ y con
domicilio actual en:

Departamento: _____ Provincia: _____

Distrito: _____

Centro Poblado/ Caserío o Anexo: _____

Nombre y número de la vía (Av./ Jr./ Calle):

Urbanización/Asoc./AAHH: _____ Referencia: _____

Solicito la revocación de la autorización para efectuar el cobro de la pensión que otorga el Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza, a (Nombre del/la usuario/a) _____

_____, identificado con DNI N° _____, el cual fue autorizado mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° _____

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

Firma de la persona solicitante	Huella Digital



Formulario 004: SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

Yo, _____,
identificado/a con DNI N° _____, de nacionalidad _____, con fecha
de nacimiento _____ (día) _____ (mes), del año _____. Me
presento ante usted y solicito la RENOVACIÓN de la autorización de cobro de la pensión no
contributiva para personas con discapacidad severa, que otorga el Programa CONTIGO a:

Nombres y apellidos del/la usuario/a: _____

Número de Documento Nacional de Identidad (DNI) _____

Fecha _____ de _____ Nacimiento _____ (usuario/a):

En conformidad con el Procedimiento para autorizar el cobro de la pensión de los usuarios
mayores de edad que no pueden manifestar su voluntad y menores de edad del Programa
CONTIGO, declaro cumplir con los requisitos exigidos y me comprometo a utilizar la pensión para
la mejora de la calidad de vida del/la usuario/a que represento mediante la autorización otorgada
por el Programa CONTIGO.



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

Firma de la persona solicitante	Huella Digital