
**PROCESO DE ADMISIBILIDAD
TRASPASO Y SOBREVIVENCIA RÉGIMEN DE GRACIA**

❖ **Documentos que debe aportar la persona interesada:**

1. Carta de solicitud (*Nombre y apellidos, número de cédula, estado civil, profesión u oficio, pretensión o trámite a solicitar, el solicitante deberá indicar para cual institución labora en la Administración Pública, lugar de residencia con indicación de dirección exacta, lugar para notificaciones, número de teléfono de casa de habitación o número de teléfono celular, o número de fax o correo electrónico o cualquier otro medio para notificarse, acreditar la representación, cuando no sea el interesado directo, fecha, firma*).
2. Presentar documento de identificación, para efectos de que la Dirección obtenga el respaldo documental del mismo (cédula de identidad en caso de nacionales; DIMEX en caso de extranjeros).
3. En caso de que posea bienes inmuebles, certificación de la Municipalidad respectiva que indique número de la propiedad, si está exonerada del impuesto territorial, en caso contrario suministrar valor o imponible declarado, esto, si la descripción literal se menciona que la propiedad sea patrimonio familiar, que está afectada por las Leyes 7208 ó 7529, o que sea un usufructo.
4. Certificación de estudios actualizada del Centro de Estudios (en caso de traspasos a hijos no inválidos, mayores de edad y menores de 25 años).
5. Certificación de número de cuenta con formato IBAN emitida por la entidad financiera que recibirá el depósito de la pensión **(Es responsabilidad del pensionado tener la cuenta activa)**.
6. Consentimiento informado que autoriza a la Dirección Nacional de Pensiones solicitar a las instituciones y emitir certificaciones de los convenios.

En caso de solicitud por invalidez:

- Epicrisis o dictamen médico, llenar y firmar formulario de Solicitud de Pensión y de consentimiento informado para solicitar la pensión por Invalidez, (ver documento anexo), en el Núcleo de Servicios de la Información.

(Si no ha sido declarado inválido debe demostrar el estado de invalidez ante la Junta Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social para lo cual se le gestionará la cita correspondiente, cuando no se presenta a la cita de valoración, tiene ocho días hábiles para justificar ante la Comisión de Invalidez al correo citas-pensiones@ccss.sa.cr antes de 8 días hábiles a partir de la (s) cita (s) asignadas).

(Si ya fue declarado inválido deberá aportar copia certificada de la declaratoria de invalidez emitida por la comisión Calificadora del Estado de la Invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social)

❖ Documentos que debe recabar la Dirección Nacional de Pensiones:

1. Cuenta Cедular expedida por el Registro Civil tanto del solicitante, como del causante
2. Certificación de Nacimiento (Registro civil).
3. Certificación de Matrimonio (Registro Civil)
4. Certificación de Estado Civil del (de la) solicitante, que indique estado de Viudez o Soltería (Registro Civil)
5. Certificación de Defunción del causante (Registro Civil)
6. Estudio Registra! de bienes del (a) solicitante y su cónyuge (Registro de la Propiedad).
7. En caso de que posea bienes inmuebles: Estudio Registra! de bienes de la descripción literal de bienes, tanto del solicitante como del (de la) cónyuge si tuviese.
9. Certificación de Juzgamientos (Poder Judicial).
10. Certificaciones que indiquen si es o no pensionado de la Caja Costarricense de Seguro Social (en traspasos debe ser tanto del solicitante, como del causante)
11. Certificaciones que indiquen si es o no pensionado del Magisterio Nacional (en traspasos debe ser tanto del solicitante, como del causante)
12. Certificaciones que indiquen si es o no pensionado del Poder Judicial (en traspasos debe ser tanto del solicitante, como del causante)
13. Declaración de todos los obligados en primer grado (hijos y hermanos) del por qué no le pueden brindar ayuda económica al solicitante y si lo hacen indicar en qué consiste la ayuda.
14. Declaración jurada de tres testigos (no familiares), a quienes conste la situación de convivencia de la pareja y la dependencia económica con el fallecido y si conocen a persona con mejor derecho (caso de traspaso a compañero(a)).
15. Declaración Jurada del (de la) solicitante de no separación (y/o convivencia) y dependencia económica del (de la) causante y si conoce a persona con mejor derecho.
16. En caso de sobrevivencia (causante no era pensionado) deben acreditarse además los requisitos que corresponden a pensión original.
17. Si el beneficiario labora para la Administración Pública, se requiere certificación emitida por la institución para la cual labora que así lo indique.

Se le informa al gestionante, que conforme al artículo 11 del decreto N° 40382-MTSS la presentación incompleta de la documentación, retrasaría la resolución de su solicitud por cuanto el conocimiento de la solicitud da inicio hasta que la documentación se encuentre completa.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ACCESO A LA INFORMACIÓN ANTE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCIÓN A LA
CUAL PERTENECE, COMO TAMBIÉN PARA CONSULTAR Y EMITIR CERTIFICACIONES DE
CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO VIGENTE SOBRE REQUISITOS DE LOS REGÍMENES DE
PENSION CON CARGO LA PRESUPUESTO NACIONAL**

Fecha: _____

Yo: _____, cédula _____

En mi condición de:

Solicitante de trámite ante la Dirección Nacional de pensiones respecto de solicitud de pensión por servicios propios o bien como solicitante por beneficio de traspaso de pensión.

Padre o madre de _____

Representante legal, Salvaguarda de _____

DOY CONSENTIMIENTO

NO DOY CONSENTIMIENTO

**AL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PENSIONES
DEL MINISTERIO DE TRABAJO**

Para que solicite información relacionada con mi persona ante la unidad de recursos humanos de la institución a la cual pertenece a fin de gestionar certificaciones de ingreso y traslados interinstitucionales, certificación de los 24 últimos salarios con indicación de todos los componentes salariales, así como porcentajes y cantidades según corresponda. Igualmente autorizo el acceso a la página Web del Registro Civil y Registro Nacional, así como de aquellas instituciones con las cuales la Dirección mantiene convenios a saber CCSS, Poder Judicial; Magisterio, Contabilidad Nacional o bien cualquier ulterior convenio, en el entendido que esta información será utilizada para fines relacionados con el trámite de pensión solicitado. Lo anterior con fundamento en el artículo 5 de la Ley 8968 Protección de la Persona frente al tratamiento de sus Datos Personales, y de conformidad con el Artículo 2 Ley de Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos. Y conforme al Reglamento vigente sobre requisitos de los regímenes de pensión con cargo la Presupuesto Nacional

Firma o huella dactilar del usuario o (padre/madre/tutor/apoderado): _____

SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ

Nombre Completo		Cédula No.	Sexo
Conocido (a) como:		Fecha de nacimiento:	
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		Apartado Postal
¿Se encuentra incapacitado (a)? SI () NO ()	¿Desde qué fecha?	¿Le pagan subsidios? SI () NO ()	¿En qué lugar?
¿Hizo solicitud anterior? ¿Dónde? SI () NO () _____	¿Es o fue Pensionado (a)? SI () NO ()		¿De cual Régimen?
¿Ha recibido pensión o indemnización del INS? SI () NO ()	¿Ha sido en algún momento funcionario público? 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 ()
Nombre completo causante:		Cédula No.	Parentesco

INFORMACIÓN SOBRE PADECIMIENTOS

PADECIMIENTOS	CENTRO DE SALUD, EBAIS U HOSPITAL donde tiene control del padecimiento o fue atendido	FECHA EXACTA O AÑO DE LA ÚLTIMA VEZ QUE FUE ATENDIDO. (EN ESE HOSPITAL, EBAIS, CLÍNICA).

MARCAR CON UNA X

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

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.

DOCUMENTOS Y DATOS QUE DEBE APORTAR

1. Con el fin de documentar la enfermedad que padece:

- Si su lesión o enfermedad ha sido atendida en el Instituto Nacional de Seguros, **Epicrisis completa actualizada** emitida por ese Instituto.

Una vez que haya finalizado con el llenado y firma del formulario de solicitud de pensión, puede enviarlo con la documentación solicitada al correo electrónico recepcion.dnp@mtss.go.cr
--

Nombre Funcionario, Firma y sello de Recibido

Firma o Huella Digital Solicitante

SE LE ADVIERTE AL GESTIONANTE

De no presentarse en la fecha y hora señalada por la Comisión Calificadora para la valoración respectiva, deberá presentar documento idóneo que justifique su ausencia, al correo citas-pensiones@ccss.sa.cr antes de 8 días hábiles a partir de la fecha de la (s) cita (s) asignada (s).

