

PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC.
Del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I.
PO Box 21065, San Juan, P.R. 00928-1065
Tels. (787)763-6363, (787)999-0340 / Fax (787)999-0352

SOLICITUD BENEFICIOS DE INCAPACIDAD

NOMBRE _____ NO. SEG. SOCIAL _____ / _____ / _____

NO. CUENTA _____ TEL. _____ EDAD _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____ ZIP CODE _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ ZIP CODE _____

ESTADO CIVIL _____ NOMBRE ESPOSA (O) _____

FECHA EN QUE ENFERMÓ _____ NOMBRE DEL MÉDICO _____

HOSPITALIZADO EN _____ FECHA _____

DIAGNÓSTICO MEDICO _____

ULTIMO DIA QUE ASISTIÓ A SU TRABAJO _____

ESTA SU INCAPACIDAD RELACIONADA CON EL EMPLEO SI NO N/A

EXPLIQUE _____

SOLICITÓ BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL SI NO

DECISIÓN TOMADA POR SEGURO SOCIAL APROBADA DENEGADA PENDIENTE

SOLICITÓ ALGUN OTRO BENEFICIO DE INCAPACIDAD SI NO

DECISIÓN TOMADA AL RESPECTO _____

LA INCAPACIDAD SE CONSIDERA: TEMPORERA PERMANENTE DESCONOZCO

ESTA RECIBIENDO PAGO DE LA IGLESIA DE DIOS PENTECOSTAL SI NO

SI LA RESPUESTA ES NO, DESDE CUANDO NO LE PAGAN _____

NOTIFICÓ SU INCAPACIDAD AL EJECUTIVO DE LA IGLESIA DE DIOS PENTECOSTAL SI NO

DECISIÓN TOMADA POR LA IGLESIA EN SU CASO: _____

Certifico que estoy incapacitado para trabajar. Solicito los beneficios del Fondo de Incapacidad. La información expuesta por mi en este formulario es totalmente cierta.

Autorizo a los médicos y/o quiroprácticos de quien recibo tratamiento, a cualquier agencia pública o privada, hospital o dispensario a suministrar al Fondo de Incapacidad del Plan de Pensiones Ministerial, Inc., del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I. toda la información necesaria y que tengan disponible para tramitar mi solicitud de beneficios por incapacidad.

Firma

Fecha

Teléfono

PARTE II CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Este certificado debe ser llenado por un médico o quiropráctico autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico o en el lugar de residencia del reclamante, o en ausencia de éstos, el custodio de records.

FAVOR DE CONTESTAR EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS ENCASILLADOS

1. NOMBRE DEL PACIENTE _____

2. EDAD _____

3. DIAGNOSTICO (S) Y CONDICIONES CONCURRENTES (LEGIBLE POR FAVOR) _____

4. EN SU OPINION, ESTA INCAPACIDAD: ¿ES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DEL TRABAJO DEL CONTINUO DESEMPEÑO DE SU TRABAJO
A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO SERVICIO MILITAR? OTROS _____

5. SI EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO, INDIQUE:

FECHA DE ADMISION _____

FECHA DE ALTA _____

6. SUMINISTRE FECHAS DEL TRATAMIENTO ANTES Y DESPUES DE HOSPITALIZACION:

NATURALEZA DEL TRATAMIENTO Y RESULTADOS DE ESTUDIOS

7. ¿HA TRATADO USTED ANTERIORMENTE A ESTE PACIENTE?

SI

NO

DESDE _____

HASTA _____

8. EL PACIENTE HA ESTADO CONTINUAMENTE INCAPACITADO (SIN PODER TRABAJAR)

DESDE (FECHA EXACTA) _____

HASTA _____

9. SI ESTA TODAVIA INCAPACITADO, ¿CUANDO PODRA EL PACIENTE VOLVER A TRABAJAR? (DE FECHA EXACTA)

10. ¿EXISTE PERDIDA DE LA VISION, LAS EXTREMIDADES O TRES O MAS DEDOS? _____

SI LA RESPUESTA ES "SI", FAVOR DE DETALLAR Y SOMETER COPIA DEL INFORME QUIRURGICO CORRESPONDIENTE

11. COMENTARIOS:

12. CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA INDICADA EN MI OPINION DESCRIBE REALMENTE LA INCAPACIDAD DEL RECLAMANTE Y LA DURACION APROXIMADA DE LA MISMA

NOMBRE (IMPRESO) DEL MEDICO _____

DIRECCION _____

ESPECIALIDAD _____

TEL. _____

FIRMA DEL MEDICO _____

FECHA _____

NUMERO DE LICENCIA DEL MEDICO _____