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

FONDO VIUDAL

Nombre:	**Seguro Social:**
Dirección Postal:	
Dirección Residencial:	
Tel. Residencia: **Trabajo:** **Celular:**	
Fecha de Nacimiento: Mes Día Año	**Edad:**
Ingresos: Salario $ **Pensión $** **Otros $**	
Iglesia a la que asiste:	
Pastor:	
Nombre de Esposo Fallecido:	

Certifico que la información arriba suministrada es cierta y exacta en todas sus partes. Que permanezco viuda(o) e informaré al Fondo Viudal cualquier otro cambio en mis ingresos, status civil o cambio de residencia.

_____ _____
Fecha **Firma del Solicitante**

Documentos a someter con esta Solicitud:

▶ Certificado de Defunción del conyuge

CERTIFICACION

Cantidad Asignada $_____

_____ **Aprobada**

_____ **Denegada - Razón** _____

_____

_____ _____
Fecha **Administrador**