

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Sistema de Retiro para Maestros  
Área Servicios de Retiro

**SOLICITUD DE REVISIÓN DE PAGO DE PENSIÓN**

Nombre del Pensionado	Número de Pensionado	Seguro Social
Dirección Postal:		Teléfono:
Razón para la revisión: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Firma del Pensionado, Beneficiario o Tutor _____		Fecha _____
<b>PARA USO DE LA DIVISIÓN SERVICIOS AL PENSIONADO - SECCIÓN NÓMINA DE PENSIONADO ÁREA SERVICIOS DE RETIRO</b>		
Resultado de la revisión: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Técnico Sección Nómina Pensionados _____		Fecha _____
Firma Supervisor Sección Nómina de Pensionado _____		Fecha _____