

SOLICITUD DE COPIA EVALUACIÓN MÉDICA¹

Nombre y apellidos del Participante		Seguro Social
Solicito copia (s) de mi (s) evaluación (es) médicas para uso		
Agencia Pública ¿Cuál? _____		
Agencia Privada ¿Cuál? _____		
Personal		
Otros _____		
Indique las razones para solicitar copia de su (s) evaluación (es) médica (s)		
Solicito que la copia (s) de mi (s) evaluación (es) médica (s) sea (n) enviada (s) a la siguiente dirección postal		
Teléfono _____	Fecha en que se solicita (n) la (s) copia(s) _____	
Nombre en letra de molde de la persona que solicita el documento	Firma del participante, beneficiario, tutor o Representante Autorizado	
Seguro Social de la persona que solicita el documento	Relación con el participante o beneficiario	
Teléfono a ser localizado		
Para Uso Oficial de la Oficina de Trabajo Social		
Fecha en que la solicitud fue recibida _____	Aprobada: [] Si [] No	
Razones para la negación		
Fecha	Firma Director (a) Area Servicios de Retiro o Representante Autorizado	

Vea instrucciones al dorso

¹ Favor de completar esta solicitud en su totalidad, la misma no será procesada sin la información requerida.

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

1. La solicitud deberá estar completada en todos sus espacios para poder tramitar la misma.
2. La solicitud deberá ser radicada en el Centro de Servicios al Maestro con no menos de 15 días laborables de antelación a la fecha en que se necesita el documento.
3. El pensionado, beneficiario o tutor legal podrá recoger la (s) evaluación (es) médica (s) personalmente mostrando una identificación con foto (licencia, Tarjeta Electoral, etc...)
4. De no poder ser recogida (s) personalmente por el participante o beneficiario, deberá enviarse a una persona adulta, debidamente autorizada a recoger la (s) misma (s). Ejemplo: Tutor Legal, Abogado con identificación y Autorización Legal escrita.
5. La (s) evaluación (es) médica (s) solicitada (s) deberá (n) ser recogida (s) en la Oficina de Trabajo Social en la Oficina Central, Hato Rey, en la Oficina Regional Area de Mayagüez, o en la Oficina Regional Area de Ponce.
6. Toda solicitud de evaluación médica no podrá ser enviada a Agencias Públicas, Privadas o al solicitante hasta que se obtenga la **AUTORIZACION de la DIVISIÓN DE TRABAJO SOCIAL DEL SISTEMA DE RETIRO PARA MAESTROS.**
7. De no poder cumplir con alguna de las disposiciones aquí establecidas o tener alguna duda al llenar esta Solicitud, favor de comunicarse al teléfono 1(787)777-1414 extensiones 2099,2100 o escribir a:

SISTEMA DE RETIRO PARA MAESTROS
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL
P O BOX 191879
SAN JUAN P R 00919-1879

8. De necesitar ayuda a nivel personal o representación en Corte Judicial, el servicio profesional del médico evaluador contratado por el Sistema de Retiro para Maestro no será costado por este Sistema.
9. La Solicitud puede ser enviada por correo de usted solicitarlo a la Oficina de Trabajo Social, Oficina Central en Hato Rey a la dirección mencionada en el inciso número siete (7).