

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 _____
PARA USO DE LA DIVISIÓN SERVICIOS AL PENSIONADO - SECCIÓN NÓMINA DE PENISONADO ÁREA SERVICIOS DE RETIRO		
Resultado de la revisión: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Técnico Sección Nómina Pensionados _____		Fecha _____
Firma Supervisor Sección Nómina de Pensionado _____		Fecha _____