



FORMATO RA 2000

REVOCATORIA DE LA AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

FECHA: d d / m m / a a a a

I. DATOS DE LA/EL USUARIA/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO

(Marque con una X el tipo de documento que corresponda)

1.3 APELLIDO PATERNO _____ 1.4 APELLIDO MATERNO _____

1.5 NOMBRES _____ 1.6 _____
EDAD

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR

1.9 CORREO ELECTRÓNICO _____

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O VIGENTE A REVOCAR

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO

(Marque con una X el tipo de documento)

2.3 APELLIDO PATERNO _____ 2.4 APELLIDO MATERNO _____

2.5 NOMBRES _____

2.6 PARENTESCO CON LA/EL USUARIA/O MADRE/PADRE HERMANA/O ABUELA/O HIJA/O NIETA/O TÍA/O

(Marque con una X el parentesco) PRIMA/O ESPOSA/O OTRO PARIENTE _____
(Especifique)

III. MOTIVO DE SOLICITUD DE REVOCATORIA Marque con una "X" el motivo por el cual está solicitando la revocatoria

SOLICITUD EXPRESA DE LA/EL USUARIA/O
 Cuando la/el usuaria/o desea realizar el cobro de la pensión no contributiva por si misma/o.
 Cuando la/el usuaria/o cumplió la mayoría de edad, expresa su voluntad y puede acercarse a un punto de pago.
 Cuando la/el usuaria/o desea designar una nueva persona que realice el cobro de la pensión no contributiva (este último caso deberá presentar el formato PC1000).

ALERTA DE INDICIOS DONDE LA/EL USUARIA/O SE ENCUENTRE EN RIESGO, EN SITUACIÓN DE ABANDONO Y/O EN SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN
 Situación de riesgo: Son las circunstancias que incrementan la posibilidad del que la/el usuaria/o sufra algún daño que atente contra su integridad física o psicológica, a causa de las acciones u omisiones de la/el autorizada/o
 Situación de abandono: Esta situación se da cuando la/el autorizada/o, quien a su vez tiene obligaciones inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o la obligación de sustento a favor de la usuaria/o, las incumple
 Situación de desprotección: Es aquella que se produce a causa del incumplimiento, imposible o inadecuado desempeño de los deberes de cuidado por parte de la/el autorizada/o, el cual impide o dificulta el ejercicio de derechos de la/el usuaria/o

LA PERSONA AUTORIZADA NO REALIZA UN USO ADECUADO DEL DINERO DE LA PENSIÓN
 Cuando se identifique que el dinero de la pensión no contributiva no esté cumpliendo para el beneficio de la/el usuaria/o.

LA PERSONA AUTORIZADA YA NO VIVE EN EL MISMO HOGAR QUE LA/EL USUARIA/O.
 Cuando se identifique que la persona autorizada al cobro de la pensión no contributiva no reside de forma permanente en la misma vivienda que la/el usuaria/o o abandonó el hogar.

IMPORTANTE: Si el autorizado vigente fallece, debe comunicar del evento al Programa CONTIGO y adjuntar, de corresponder, una nuevo formato PC1000 solicitando nuevo autorizado.

IV. MEDIOS PROBATORIOS

Para solicitar una revocatoria de autorización de cobro de la pensión no contributiva es **obligatorio** adjuntar un medio probatorio, excepto si es a "solicitud expresa de la/el usuaria/o".
 Marque con una "X" el medio probatorio que sustenta la solicitud de revocatoria:

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA FOTOGRAFÍAS OTROS _____
 (Especifique)

V. NUEVA AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

El registro de este apartado es obligatorio si la condición de la/el usuaria/o lo requiere: menor de edad o mayor de edad que no pueda manifestar su voluntad o que por la inaccesibilidad geográfica se imposibilite el traslado a un punto de pago.

5.1 ¿ADJUNTA FORMATO PC 1000 PARA SOLICITAR UNA/UN NUEVA AUTORIZADA/O AL DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA? SI NO

VI. CONFORMIDAD

- 6.1 Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario.
- 6.2 En caso se compruebe que las declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N° 27444).
- 6.3 Tengo conocimiento que la firma de este documento inicia el trámite de revocatoria de la autorización de la pensión no contributiva y que de no considerar una nueva solicitud de autorización de cobro, el pago de la pensión no contributiva se realizará a la cuenta de ahorros de la/el usuaria/o.
- 6.4 Autorizo que el resultado de la presente solicitud sea notificada a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular (SMS) señalado en el presente formulario y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

LA/EL USUARIA/O Y/O LA/EL SOLICITANTE SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

 FIRMA
 USUARIA/O

Nombres y Apellidos
 DNI / CE
 Celular

HUELLA DIGITAL

 FIRMA
 SOLICITANTE

Nombres y Apellidos
 DNI / CE
 Celular

HUELLA DIGITAL

SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO

Nombres y Apellidos
 DNI / CE
 Celular
 Municipalidad

FIRMA