PERÚ | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social | Viceministerio de Prestaciones Sociales | Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza CONTIGO | contigo

FORMATO DE 3000

SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN DE USUARIA/O

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1.3 APELLIDO PATERNO _____

1.4 APELLIDO MATERNO _____

1.5 NOMBRES _____

1.6 TELÉFONO FIJO ☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐ 1.7 TELÉFONO CELULAR[1] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1.8 CORREO ELECTRÓNICO [1] _____

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O AL COBRO

2.1 ¿LA/EL USUARIA/O TIENE UNA PERSONA AUTORIZADA VIGENTE PARA REALIZAR EL COBRO? ☐ SI ☐ NO (Si marcó No, ir a la sección III del formato)

2.2 TIPO DE DOCUMENTO ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA 2.3 NÚMERO DE DOCUMENTO ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2.4 APELLIDO PATERNO _____

2.5 APELLIDO MATERNO _____

2.6 NOMBRES _____

2.7 TELÉFONO [1] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 2.8 CORREO ELECTRÓNICO [1] _____

2.9 ☐ Realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado de la persona con discapacidad identificada en el presente formulario. A su vez, conozco la responsabilidad que asumo al solicitar su desafiliación.

III. MOTIVO DE DESAFILIACIÓN INDIQUE BREVEMENTE EL MOTIVO POR EL CUAL DESEA DESAFILIARSE DEL PROGRAMA CONTIGO

_____

_____

_____

IV. RENUNCIA Y DEVOLUCIÓN DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

4.1 En mi condición de ☐ usuaria/o ☐ autorizada/o que percibe los abonos por concepto de pensión no contributiva del Programa CONTIGO, expreso mi voluntad de renunciar y autorizar se efectúe la devolución al Tesoro Público la totalidad de los fondos que existen en la cuenta creada a mi nombre ante el Banco de la Nación.

4.2 Adjunto carta de autorización de extorno de las pensiones depositadas ☐ SI ☐ NO

V. CONFORMIDAD

(marque en señal de conformidad)

5.1 ☐ Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario. Considerando que la atención a los mismos involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles. Por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a la base de datos personales que administra el Programa.

5.2 ☐ 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 AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

_____ USUARIA/O	_____ AUTORIZADA/O
Nombres y Apellidos	Nombres y Apellidos
DNI	DNI
Ceular	Ceular
☐	☐

SOLO PARA SER LLENADO EN CASO DE REQUERIR UN TESTIGO A RUEGO

Nombres y Apellidos

DNI

Ceular

_____ FIRMA

[1] Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

*** Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera y expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use en el marco de sus funciones mis datos personales.***