



CERTIFICADO DE DERECHO A PENSION
Plan de Jubilación del Personal Local

Yo, _____ (En letra de imprenta), declaro que continúa vigente mi derecho a recibir una pensión y/o beneficio según el plan de Jubilación del Personal Local del Banco Interamericano de Desarrollo, en calidad de (Marcar la condición que sea el caso):

- Participante Jubilado
- Participante jubilado por incapacidad
- Viuda/o de un ex-participante o pensionado
- Hijo o hijos solteros de un participante fallecido o jubilado por incapacidad (menores de 21 años)

Estado Civil Vigente: Soltero/a Casado/a Viudo/a

Cambio de estado civil desde el último certificado Sí Fecha de Cambio _____

Razón: _____

Jubilado/a por invalidez y menor de 62 años de edad : (Adjuntar documentos legales)

- Imposibilitado de trabajar
- Empleado a tiempo completo o parcial o trabajo por mi cuenta

Los hijos detallados a continuación, menores de 21 años, son mis dependientes (Deje en blanco si no hay):

Nombre de Hijos Dependientes (si los hay)	Fecha de Nacimiento	Soltero/a o Casado/a

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA INDICADA ES VERIDICA Y CORRECTA DE ACUERDO CON MI LEAL PARECER Y ENTENDER

Fecha: _____ Firma: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Esta es mi nueva dirección. Favor usarla para toda correspondencia.

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

CERTIFICADO

Yo, _____ (en imprenta)

certifico que la declaración que antecede fue firmada ante mí por el declarante.

Fecha: _____ Firma: _____ Título: _____

Domicilio legal o de negocios: _____

Bar/Licencia No. _____ (Si es abogado)

Nota: El certificado puede ser autenticado por cualquiera de las siguientes personas, que no sea pariente próximo del declarante: Magistrado; notario o abogado (Proveer identificación del bar o el número de licencia, o sello, según sea el caso); Representante; u Oficial Administrativo. En caso de que el que recibe pensión esté bajo el cuidado de un médico, dicho Profesional puede autenticar esta certificación.



Inter-American Development Bank

CERTIFICATE OF ELIGIBILITY FOR PENSION Local Retirement Plan

I, _____ (please print name), declare that my right to receive a pension and/or benefit under the Local Retirement Plan of the Inter-American Development Bank continues in effect in the following classification (Please check one):

- Retired pensioner
- Retired disabled pensioner
- Widow or widower of former participant or pensioner
- Unmarried child of deceased or disabled participant (under 21 years of age)

Current Marital Status: Single Married Widow/er

Change in Marital Status from last Certification: Yes Date of Change _____

Reason: _____

Disabled retiree under 62 years of age (check one box only): (Enclose legal documents)

- Unable to work
- Holding part or full time employment or self employed.

The following children under 21 years old, are my dependents (if none please leave blank):

Name of Dependent Children (if any)	Date of Birth	Married or Single

I CERTIFY THAT ALL THE STATEMENTS CONTAINED HEREIN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE

Date: _____ Signature: _____

Address: _____

Telephone: _____

This is a change of address. Please use for all future correspondence.

IN CASE OF EMERGENCY CONTACT:

Name: _____ Relationship: _____

Address: _____ Telephone: _____

ATTESTATION

I, _____ (print)

certify that the above statement was signed today in my presence by the person named herein, who appeared before me.

Date: _____ Signed: _____ Title: _____

Official address or place of business: _____

Bar/License No. _____ (if an Attorney)

Note: The attestation may be signed by any of the following provided that he is not a close relative of the recipient: magistrate; notary or lawyer provide bar identification or license number or seal, as applicable; Representative; or Administrative Officer. In case the recipient is under the care of a medical doctor, such professional may sign the attestation.