



PERÚ

Ministerio de Educación

Gobierno Regional Junín

Dirección Regional de Educación Junín

Unidad de Gestión Educativa Local Huancayo



DECLARACION JURADA PENSIONISTAS DL N° 20530 – ORFANDAD INCAPACIDAD

Apellidos y nombres del beneficiario(a):

Apellidos y nombres del tutor(a) :

Domicilio :

Documento Nacional de Identidad : Celular y/o teléfono

Apellidos y nombres del (la) causante :

Declaro bajo juramento en condición de tutor(a) de supervivencia por orfandad por incapacidad del beneficiario para lo cual me presento personalmente y debidamente identificado con mi DNI, asimismo declaro que radico y vivo en la dirección indicada al inicio de la presente declaración.

La presente Declaración Jurada se efectúa conforme a lo establecido del principio de Presunción de Veracidad y artículo 42° de la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo general y en el pleno conocimiento de las responsabilidades civiles, penales y administrativas que conllevaría en caso de falsedad.

Asimismo, adjunto:

- Copia simple de la Resolución de pensión de orfandad por incapacidad
- Copia simple del informe médico de incapacidad
- Copia simple del documento que acredite ser tutor(a)
- Copia simple del DNI del beneficiario
- Copia simple del DNI del Tutor(a)
- Copia simple de recibo de agua o luz

Huancayo, _____ de _____ 2022

Firma y huella digital DNI: _____

EN CASO DE FIRMAR POR PODER (Adjuntar poder notarial)

Datos del/la apoderado/a o representante

Apellidos y nombres

DNI

Domicilio Celular

Mediante el presente me comprometo a comunicar de inmediato a la UGEL Huancayo en caso de fallecimiento y/o incumplimiento de requisitos de mi poderdante, ello a efectos de que no se realicen pagos indebidos. En caso de no hacerlo, me hago responsable de lo que genere el incumplimiento

Firma y huella digital Huancayo, _____ de _____ 2022