



**MINISTERIO  
DE HACIENDA  
Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**

ESPACIO RESERVADO PARA LOS SELLOS DE REGISTRO

**SOLICITUD DE INCREMENTO  
DE LA PENSIÓN DE JUBILACIÓN  
POR AGRAVAMIENTO DE ENFERMEDAD**

**A DATOS PERSONALES DEL INTERESADO:**

NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:		
NÚM. DNI/NIF/NIE: -	OTRO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (SI CARECE DE D.N.I.): CLASE:                      NÚM:		FECHA NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	SEXO:
NACIONALIDAD:	DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):		LOCALIDAD:		
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:			
NÚM. TELÉFONO:	NÚM. TELÉFONO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:			

**B DATOS DEL REPRESENTANTE: Rellenar sólo cuando proceda**

NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:		
NÚM. DNI/NIF/NIE: -	OTRO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (SI CARECE DE D.N.I.): CLASE:                      NÚM:		NACIONALIDAD:	SEXO:	
DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):		LOCALIDAD:			
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:			
NÚM. TELÉFONO:	NÚM. TELÉFONO MÓVIL:				

**C DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: Cumplimentar únicamente si no coincide con los datos que figuran en el apartado A**

DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):		LOCALIDAD:
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:

**D PRUEBAS E INFORMES MÉDICOS QUE SE APORTAN:**

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

**AUTORIZO** la consulta de mis datos de identificación personal y residencia, y los de las personas cuya representación legal ostento, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y de Residencia regulados, respectivamente, en las ÓRDENES PRE/3949/2006, de 26 de diciembre y PRE/4008/2006, de 27 de diciembre (en caso de no autorizar la consulta, marque la siguiente casilla  y presente fotocopia de DNI/NIF o, si fuera extranjero, de la tarjeta de residencia o del pasaporte/NIE).

**PRESTO CONSENTIMIENTO** a la verificación y cotejo de los datos obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O. M. 18-11-1999, así como a que los datos personales disponibles en la Tesorería General de la Seguridad Social y en otras oficinas públicas, que sean necesarios para resolver el expediente, puedan ser transmitidos o certificados telemáticamente a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas.

**SOLICITO**, mediante la firma del presente impreso, el reconocimiento y, en su caso, el pago de la pensión que proceda según las disposiciones vigentes.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Firma del solicitante o del representante)

Los datos personales aportados por Vd. van a ser incluidos en un fichero informático, con la finalidad de calcular, controlar, mantener y revalorizar, en su caso, la prestación que pueda corresponderle. El fichero será custodiado por esta Dirección General, que es el órgano destinatario de la información y el responsable de su tratamiento.