

## SOLICITUD DE BENEFICIO POR INVALIDEZ

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

Señor  
Gerente General de Derrama Magisterial  
Presente.-

Yo \_\_\_\_\_,  
identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_, con Código Modular N° \_\_\_\_\_ y con domicilio  
en \_\_\_\_\_, del distrito de \_\_\_\_\_, provincia  
de \_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_, con teléfono \_\_\_\_\_,  
con correo electrónico \_\_\_\_\_, siendo cesado(a) por  
invalidez permanente y total con Resolución N° \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ en el centro educativo \_\_\_\_\_, del distrito  
de \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_, y habiendo sido  
nombrado(a) desde el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, según la Resolución de Nombramiento N°  
\_\_\_\_\_, solicito a usted lo siguiente:

Que ordene el otorgamiento del Beneficio por Invalidez que me corresponde como asociado de la institución que usted dignamente dirige. Adjunto para ello todos los requisitos exigidos al dorso de esta solicitud.

Asimismo, autorizo que el depósito de mi beneficio se realice a través de una de las siguientes opciones, para lo cual registro mi modalidad de pago, bajo mi responsabilidad:

- Cuenta de Ahorros (haber) del Banco de la Nación cuyo Código de Cuenta Interbancaria (CCI) es N° 018 \_\_\_\_\_
- Orden de Pago del Banco de Crédito del Perú
- Cuenta de Ahorros del Banco de Crédito del Perú N° \_\_\_\_\_  
(Adjuntar voucher con nombres completos y número de cuenta)

Atentamente,



\_\_\_\_\_  
Firma (idéntica al DNI)  
DNI N° \_\_\_\_\_

## REQUISITOS PARA SOLICITAR BENEFICIO POR INVALIDEZ

1. Solicitud de beneficio (formato DM)
2. Resolución de cese por invalidez (original o fedateada por la entidad emisora)
3. Dictamen o informe médico con naturaleza permanente y grado total o menoscabo mayor a 66.6%, autenticada por la entidad emisora.
4. Verificación del dictamen médico (ver nota)
5. DNI

**Nota:** La verificación del dictamen médico se acreditará según corresponda:

- a. Si el Dictamen médico es emitido por COMAFP: Docente deberá validar por correo electrónico a través de [acomafp@asociacionafp.com.pe](mailto:acomafp@asociacionafp.com.pe) y reenviarnosla a [consultasbeneficios@derrama.org.pe](mailto:consultasbeneficios@derrama.org.pe)
- b. Si el Dictamen médico es emitido por ESSALUD: Docente deberá firmar una Declaración Jurada de Invalidez (formato DM), de manera presencial (autenticado por DM) o video llamada.