

**SOLICITUD DE BENEFICIO DE SUMA ADICIONAL ANTICIPADA DE LAS SESENTA (60) RENTAS MENSUALES**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con estado civil \_\_\_\_\_, miembro inscrito en el honorable Colegio de Abogados de Honduras, bajo el número de colegiación \_\_\_\_\_, con Documento Nacional de Identificación (DNI) No. \_\_\_\_\_, con domicilio en el Municipio de \_\_\_\_\_, Departamento de \_\_\_\_\_, y con teléfono número \_\_\_\_\_, actuando en mi condición de Apoderado Legal del maestro \_\_\_\_\_, mayor de edad, con estado civil \_\_\_\_\_ actualmente JUBILACIÓN VOLUNTARIA, bajo el Decreto 1026 del 15 de julio de 1980, con Documento Nacional de Identificación (DNI) No. \_\_\_\_\_, y con domicilio en \_\_\_\_\_ del Municipio de \_\_\_\_\_, Departamento de \_\_\_\_\_; con el debido respeto comparezco a ustedes, solicitando el Beneficio de Suma Adicional Anticipada de las Sesenta (60) Rentas Mensuales a favor de mi representado(a), al tenor del Decreto 57-2019, basándome en los hechos y consideraciones legales siguientes:

**HECHOS**

1. Mi representado(a) es Jubilado(a)/Pensionado(a) por Invalidez del INPREMA mediante Decreto 1026 del día \_\_\_\_\_, mes \_\_\_\_\_, año \_\_\_\_\_.
2. Ratifico que, mediante la presente solicitud tengo plenamente entendido y comunicaré a mi representado (a), sobre la forma de pago establecida en los Artículos 5 y 6 del Reglamento del Beneficio de Suma Adicional Anticipada de las Sesenta (60) Rentas Mensuales.
3. Ratifico que, tengo plenamente entendido y comunicaré a mi representado (a), al recibir la totalidad del pago del Beneficio de Suma Adicional Anticipada de las Sesenta (60) Rentas Mensuales, los beneficiarios de mi representado(a), legalmente inscritos, no tendrán derecho al beneficio de Continuación de Jubilación o Continuación de Pensión por Invalidez.
4. Se autoriza a que el monto del beneficio de **SUMA ADICIONAL ANTICIPADA DE LAS SESENTA (60) RENTAS MENSUALES** que corresponde a mi representado, sea acreditado a la cuenta de ahorro que utiliza actualmente para recibir el pago de la Jubilación/Pensión por Invalidez.

**FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Baso la solicitud en los Artículos: 80 de la Constitución de la República, Artículo 126 Reformado de la Ley del INPREMA mediante Decreto 57-2019 y demás aplicables.

**PETICIÓN**

Al Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA), muy respetuosamente pido: Admitir la presente solicitud con los documentos acompañados, darle el trámite de ley correspondiente y en definitiva resolver conforme a derecho.

(Lugar y Fecha) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA**

**Datos de contacto**

<b>Teléfono fijo</b>	<input type="text"/>
<b>Celular 1</b>	<input type="text"/>
<b>Celular 2</b>	<input type="text"/>
<b>Correo</b>	<input type="text"/>

**Datos familiar cercano o contacto de referencia**

<b>Nombre</b>	<input type="text"/>
<b>Parentesco</b>	<input type="text"/>
<b>Teléfono fijo</b>	<input type="text"/>
<b>Celular</b>	<input type="text"/>

**NOTA:** La solicitud deberá presentarse en papel bond tamaño oficio conforme a este formato, el trámite es personal, no requiere de Apoderado Legal salvo decisión del peticionario quien deberá adjuntar copia del Documento Nacional de Identificación (DNI).