

**SOLICITO: Pago de Subsidio por Fallecimiento
y Gasto de Sepelio.**

**SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL
NIÑO
SDG.**

Yo, _____ con DNI N° _____,
Domiciliado/a en _____ con N° de teléfono _____
trabajador /a del Instituto de Salud del Niño, en el cargo de _____
ante Usted me presento y expongo:

El Decreto Legislativo N° 276 y los Artículos Nros. 142º, 144º Y 145º, del Decreto Supremo N° 005-90-PCM, dispone otorgar al trabajador, la compensación por Luto y Sepelio por el fallecimiento del familiar directo; por tanto, solicito a Usted disponer a quien corresponda, se me otorgue el reconocimiento por Subsidio Extraordinario por Gastos de Luto y Sepelio por el fallecimiento de mi _____, que me corresponde; para los efectos adjunto los requisitos exigidos para tal beneficio como son:

- D.N.I (opcional)
- Partida de defunción
- Partida de nacimiento
- Partida de matrimonio
- Boleta de venta con los gastos de sepelio (original)
- Otros (especificar) _____

POR TANTO:

Es gracia que espero alcanzar por ser de justicia.

Lima, ____ de _____ del 20____

DNI N° _____

PENSIONISTAS