

\_\_\_\_\_  
Organismo Gubernamental

## NOTIFICACIÓN DE LICENCIA SIN SUELDO, LICENCIA MILITAR SIN SUELDO O LICENCIA MEDICO FAMILIAR

Yo, \_\_\_\_\_, notifico que estaré en  Licencia sin Sueldo  
 Licencia Militar sin sueldo  Licencia Médico Familiar, efectivo el  
\_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_.

Asegurado principal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Agencia o Municipio: \_\_\_\_\_

Mancomunado con: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Agencia o Municipio: \_\_\_\_\_

Solicito lo siguiente:

- \_\_\_ 1. Deseo no continuar con el Plan Médico
- \_\_\_ 2. Deseo continuar con mi Plan Médico sin cambios
- \_\_\_ 3. Deseo continuar con mi Plan Médico con el siguiente cambio:  
\_\_\_\_\_

Si al cumplirse el año de licencia sin sueldo y no me he reintegrado al servicio, ni acogido a un retiro por incapacidad de salud, acepto reembolsar todas las aportaciones patronales recibidas.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota:** Se preparará en original y dos copias. El original lo enviará a la Oficina de Recursos Humanos junto con la Solicitud de Licencia sin Sueldo, copia al Plan Médico. En los casos de mancomunado, se preparará una copia para la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

---

Organismo Gubernamental

Conservación: Seis años o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.