Chihuahua, Chih., a _____ de _____ del 2017

INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES
A QUIEN CORRESPONDA
P R E S E N T E

Por medio de la presente declaro que mi hija la menor. _____, no cuenta con ningún tipo de servicio médico de ISSSTE, IMSS, Pensiones Civiles del Estado,e ICHISAL, además de que vive en mi domicilio y depende económicamente de mí.

En base al ARTÍCULO 67, Fracciones I y II, así como último párrafo de la Ley del Instituto Municipal de Pensiones:
"Las derechohabientes, la esposa, en su caso la concubina del trabajador, pensionado o jubilado, tendrán derecho a las siguientes prestaciones:

I. Asistencia médica durante el embarazo, parto y puerperio.
II. Ayuda en especie por seis meses de lactancia, cuando a juicio medico la madre este imposibilitada biológicamente para ello.

También tendrá derecho a las prestaciones descritas en las fracciones I y II del presente artículo, las hijas del trabajador, pensionado o jubilado que tengan edad de hasta 18 años, que dependan económicamente del derechohabiente, vivan en el hogar de este y se encuentren solteras.

A sí mismo en conformidad con el artículo 69, párrafo VII y IX, el cual señala lo siguiente:
En todos los casos deberá acreditarse que los beneficiarios dependen económicamente del derechohabiente.
Las personas que reciban servicio médico que otorga esta ley y que se encuentran en la situación anterior, deberán pagar el importe de los servicios recibidos, y en caso de no hacerlo, el cobro se hará efectivo al derechohabiente."

Los beneficiarios no tendrán derecho al servicio médico cuando, en los términos de las disposiciones legales que rigen a otras instituciones de Seguridad Social, tengan derecho como asegurados o beneficiarios al servicio médico que presten dichas Instituciones, de conformidad con el ultimo párrafo del citado artículo 69 de la Ley del Instituto Municipal de Pensiones.

Si durante el proceso de investigación realizado por el Instituto, se encontrara alguna situación irregular en cuanto a la veracidad de la información, además de estar consciente que será dado de baja el beneficiario del servicio médico, me comprometo a reembolsar al IMPE todos los gastos realizados por la atención medica que se le haya brindado, y se podrá hacer efectivo el descuento de dicho servicio.

A T E N T A M E N T E

_____

Nombre y firma del titular del servicio médico