

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección Calificación de la Invalidez

Teléfono: 22849200.

Correo electrónico: [invalidezenlinea@ccss.sa.cr](mailto:invalidezenlinea@ccss.sa.cr),

<b>FORMULARIO PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL BENEFICIO DE BONO FAMILIAR Y MEDIO DE VIVIENDA</b>	
<b>Datos del Solicitante</b>	
Nombre completo:	
Nº de Cedula	Edad:
Escolaridad:	Teléfono:
Ocupación:	
Correo electrónico para notificaciones (obligatorio):	
Dirección exacta:	
Provincia:	Cantón:
Distrito:	
Discapacidad por la que solicita el Bono:	
Ha Solicitado Este Beneficio Anteriormente: Si <input type="checkbox"/> Fecha <input type="text"/>	
No <input type="checkbox"/>	
Es Pensionado por la CCSS por Invalidez: Si <input type="checkbox"/>	
Régimen IVM <input type="text"/> RNC <input type="text"/>	
No <input type="checkbox"/>	
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACCESO A LA INFORMACIÓN CLÍNICA FÍSICA Y DIGITAL</b>	
<b>Doy Consentimiento <input type="checkbox"/></b>	<b>No doy Consentimiento <input type="checkbox"/></b>
<p>A la Dirección de Calificación de Invalidez de la Gerencia de Pensiones; <b><u>para que solicite mi información médica</u></b> contenida en los expedientes clínicos de los centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en los que soy atendido, igualmente autorizo el acceso al Expediente Único de Salud EDUS, en el entendido que esta información médica será utilizada para fines relacionados con el trámite de pensión o de beneficio social solicitado. Lo anterior con fundamento en los artículos 12 y 43 del Reglamento de EDUS y artículo 5 de la Ley 8968 Protección de la Persona frente al tratamiento de sus Datos Personales.</p>	

Firma o huella dactilar del usuario o (padre/madre/tutor/garante): \_\_\_\_\_



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección Calificación de la Invalidez

Teléfono: 22849200.

Correo electrónico: [invalidezenlinea@ccss.sa.cr](mailto:invalidezenlinea@ccss.sa.cr),

### Documentos que debe aportar:

Enviar un correo electrónico a la dirección: [invalidezenlinea@ccss.sa.cr](mailto:invalidezenlinea@ccss.sa.cr), con la siguiente información:

1. Cédula vigente escaneada.
2. Para menores de edad constancia de nacimiento digital con el pago de los timbres respectivos o bien de manera física escaneada.
3. Carta de la Institución Financiera autorizada por el BANVHI (digital o escaneada) cumpliendo con lo estipulado en la circular GG-CI-0297-2014 y el oficio DF-CI-1574-2005 de la Dirección FOSUVI.
4. La factura del pago escaneada de los siguientes timbres: un timbre médico, uno de archivo y uno de la Cruz Roja.
5. Firmar el consentimiento informado que autorice a la Dirección Calificación de Invalidez, solicitar información médica resguardada por la Institución. En caso contrario deberá aportar la información que se le solicitará para finalizar el trámite.
6. En el caso de persona mayor de 18 años con discapacidad intelectual, mental o psicosocial, adjuntar copia escaneada de la resolución judicial que indique quien ejerce como GARANTE (Se tramita en el Juzgado de Familia del lugar de residencia).
7. Si el solicitante no cuenta con ningún tipo de información médica, podrá optar por la valoración médica previa al pago de este servicio, el cual lo puede realizar en cualquier Sucursal de la CCSS, en la cuenta contable N°825-11-2 del Seguro de Pensiones. En este caso debe enviar la factura de este pago escaneada a la cuenta de correo [invalidezenlinea@ccss.sa.cr](mailto:invalidezenlinea@ccss.sa.cr)