|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO N°11****COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS CONVOCATORIA AÑO 2020** |

**Importante:** No aplica para ayudas técnicas auditivas, prótesis y órtesis

*En , a de del 2020*

El Servicio Nacional De La Discapacidad, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la(s) Ayuda(s) Técnica(s): *(señale tipo, marca, modelo)*:

o en su representación, **Sr(a):**

procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor:

# Rut:

,

# - ,

Para el (la) solicitante **Sr(a):**

**Rut:**

-

, por medio de

su profesional autorizado **Sr(a): Sr(a)**

# de manipulación y uso.

, o en su defecto, el representante local,

# , recibiéndola(s) en persona, previa instrucción

# FIRMA DE QUIEN ENTREGA FIRMA DE QUIEN RECIBE

**NOMBRE:**

**RUT: -**

**NOMBRE:**

**RUT: -**

Escriba el motivo por el cual la Persona con Discapacidad no recibe directamente la Ayuda (Parentesco/otro):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO N°11****COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE AUDÍFONOS Y EQUIPOS FM CONVOCATORIA AÑO 2020** |

*En , a de del 2020*

El Servicio Nacional De La Discapacidad, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la(s) Ayuda(s) Técnica(s): *(señale tipo, marca, modelo)*:

para el (la) solicitante **Sr(a): Rut:** - ,

o en su representación, **Sr(a):**

procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor:

# Rut:

**- ,**

, por medio de

su profesional autorizado **Sr(a): Sr(a)**

, o en su defecto, el representante local,

# , recibiéndola(s) en persona, previa instrucción

**de manipulación y uso**.

La entrega por parte del proveedor debe incluir siempre:

* Estuche / bolso Gobierno de Chile (con nombre del beneficiario/a, modelo, número de serie)
* Caja para guardado del audífono
* Catálogo o manual de uso en español
* Molde de audífonos a medida (acrílicos o silicona)
* 2 o 4 pilas desechables por cada mes de garantía del audífono (Importante: la garantía es de 2 años)
* Chequeador de carga de pilas
* Set de limpieza para los 2 años de garantía
* Set deshumedecedor para los 2 años de garantía
* Sujetador de cordón para audífonos (sólo para niños/as de hasta 10 años de edad)
* Herramienta para verificar funcionamiento de audífono (estetoclip, sólo para niños/as hasta 10 años)
* Hook pediátrico (sólo para niños de hasta 6 años de edad)
* Cada audífono debe incorporar marca de color para el oído correspondiente (rojo=derecho, azul=izquierdo)

**FIRMA DE QUIEN ENTREGA FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE: RUT:**

**-**

**NOMBRE:**

**RUT: -**

Escriba el motivo por el cual la Persona con Discapacidad no recibe directamente la Ayuda (Parentesco/otro):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO N°11****COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ELEMENTOS PROTÉSICOS CONVOCATORIA AÑO 2020** |

*En , a de del 2020*

El Servicio Nacional De La Discapacidad, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la(s) Ayuda(s) Técnica(s): *(señale tipo, marca, modelo)*:

para el (la) solicitante **Sr(a): Rut:** - ,

o en su representación, **Sr(a):**

procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor:

# Rut:

**- ,**

, por medio de

su profesional autorizado **Sr(a): Sr(a)**

, o en su defecto, el representante local,

# , recibiéndola(s) en persona, previa instrucción

**de manipulación y uso**.

**Protocolo de Entrega de Prótesis**

El(la) beneficiario(a) ha tenido a la vista el Protocolo de Entrega de Prótesis que se adjunta a esta acta y aprueba que las fechas en dicho protocolo se ajustan a las realizadas efectivamente por el proveedor, correspondiente a cinco (5) visitas en la región y sin costos para el(la) beneficiario(a), detalladas a continuación:

* **1ª Visita:** Toma de molde
* **2ª Visita:** Prueba de casquete
* **3ª Visita**: Ajustes
* **4ª Visita:** Entrega preliminar (control de funcionalidad marcha, nivelación, puntos de presión)
* **5ª Visita:** Entrega definitiva

**FIRMA DE QUIEN ENTREGA FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE: RUT:**

**-**

**NOMBRE:**

**RUT: -**

Escriba e el motivo por el cual la Persona con Discapacidad no recibe directamente la Ayuda (Parentesco/otro):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO N°11****COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ELEMENTOS ORTÉSICOS CONVOCATORIA AÑO 2020** |

*En , a de del 2020*

El Servicio Nacional De La Discapacidad, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la(s) Ayuda(s) Técnica(s): *(señale tipo, marca, modelo)*:

para el (la) solicitante **Sr(a): Rut:** - ,

o en su representación, **Sr(a):**

procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor:

# Rut:

**- ,**

, por medio de

su profesional autorizado **Sr(a): Sr(a)**

, o en su defecto, el representante local,

# , recibiéndola(s) en persona, previa instrucción

**de manipulación y uso**.

**Protocolo de Entrega de Órtesis**

El(la) beneficiario(a) ha tenido a la vista el Protocolo de Entrega de Órtesis que se adjunta a esta acta y aprueba que las fechas en dicho protocolo se ajustan a las realizadas efectivamente por el proveedor, correspondiente a tres (3) visitas en la región y sin costos para el(la) beneficiario(a), detalladas a continuación:

* **1ª Visita:** Toma de molde
* **2ª Visita:** Ajustes
* **3ª Visita**: Entrega definitiva

**FIRMA DE QUIEN ENTREGA FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE: RUT:**

**-**

**NOMBRE:**

**RUT: -**

Escriba el motivo por el cual el solicitante no recibe directamente la Ayuda Técnica (parentesco con el/la solicitante):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PROTOCOLO DE ENTREGA SERVICIO DE ÓRTESIS Y PROTÉSIS CONVOCATORIA AÑO 2020** |

Protocolo que reporta los requisitos mínimos que se deben cumplir para la confección, prueba y entrega de prótesis y/u órtesis.

# Nombre Usuario:

* **Rut:**

**-**

* **Proveedor:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1° Visita** | **Evaluación inicial de la persona, considerando la toma de molde del elemento ortésico o protésico.** |
| **Fecha** |  |
| **Observación** |  |
| **Firma beneficiario** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2° Visita** | **Prueba del molde (Detectar puntos de presión) para los elementos protésicos. Ajustes para los elementos órtesicos, en relación a las características de la persona.** |
| **Fecha** |  |
| **Observación** |  |
| **Firma beneficiario** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3° Visita** | **Ajustes para los elementos protésicos, en relación a las características de la persona. Entrega del elemento ortésico definitiva.****Entrega de Certificado de Garantía.****Firma de documento comprobante de recepción de elementos ortésicos.** |
| **Fecha** |  |
| **Observación** |  |
| **Firma beneficiario** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4° Visita** | **Entrega preliminar del elemento protésico. Considerar evaluación funcional por parte de un profesional del área de la rehabilitación.** |
| **Fecha** |  |
| **Observación** |  |
| **Firma beneficiario** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5° Visita** | **Entrega del elemento protésico definitiva. Entrega de Certificado de Garantía.****Firma de documento comprobante de recepción de elementos protésicos** |
| **Fecha** |  |
| **Observación** |  |
| **Firma beneficiario** |  |

**FIRMA REPRESENTANTE DE PROVEEDOR FIRMA DE QUIEN RECIBE**

**NOMBRE: RUT:**

**-**

**NOMBRE:**

**RUT: -**