



ANEXO N°2 FORMULARIO DE CONTEXTO PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS 2016

**IMPORTANTE: TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE COMPLETAR EN EL SISTEMA DE POSTULACIÓN EN LÍNEA,
POR EL PROFESIONAL ENCARGADO DE REALIZAR LA SOLICITUD ANTE SENADIS**

I. ANTECEDENTES PERSONALES

CÉDULA DE IDENTIDAD	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
ESTADO CIVIL	PROFESIÓN / OFICIO	ESTUDIANTE
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nivel que se encuentra cursando	GRADO DE INSTRUCCIÓN	JEFE(A) DE HOGAR?
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TRABAJADOR (A)	ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
DOMICILIO (Calle, Pasaje y nro.)		COMUNA / REGIÓN
N° TELEFONO (particular o recado)	MEDIO	INGRESO ECONÓMICO DEL GRUPO FAMILIAR
	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
NRO. DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, INCLUYENDO AL SOLICITANTE		PORCENTAJE TRAMO REGISTRO SOCIAL DE HOGARES

II. CONDICION DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

EL SOLICITANTE REQUIERE CUIDADOS DE TERCEROS	GRADO DE DEPENDENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> INTERMITENTE <input type="checkbox"/> OCASIONAL
SISTEMA DE SALUD	<input type="checkbox"/> Fonasa A <input type="checkbox"/> Fonasa B <input type="checkbox"/> Fonasa C <input type="checkbox"/> Fonasa D <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> No posee sistema de salud
BENEFICIOS SOCIALES	<input type="checkbox"/> Subsidios <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Otro: _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____

III. PARTICIPACION SOCIAL (MARQUE CON UNA X)

ASISTE A LA ESCUELA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUENTA CON PLAN DE APOYO PEDAGOGICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUENTA CON PLAN DE ESTIMULACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASISTE A REHABILITACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUENTA CON PLAN DE REHABILITACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUENTA CON PLAN DE ENTRENAMIENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TIPO DISCAPACIDAD	FISICA		PORCENTAJE		%
	MENTAL(Psíquica/Intelectual)				
	SENSORIAL				
INDIQUE HOSPITAL O CONSULTORIO EN QUE SE CONTROLA					
¿EL SOLICITANTE Y SU GRUPO FAMILIAR PERTENECE AL SUBSISTEMA DE SEGURIDADES Y OPORTUNIDADES (EX CHILE SOLIDARIO)?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

IV. ANTECEDENTES DE LA DISCAPACIDAD Y OPINIÓN PROFESIONAL QUE JUSTIFICA LA SOLICITUD:

a. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL	
PROFESIÓN	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO(S)	
CORREO ELECTRONICO	
INSTITUCION	