|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO N°3****PLAN DE INTERVENCIÓN PARA NIÑOS ENTRE 4 Y 5 AÑOS SIN INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD****CONVOCATORIA AÑO 2020** |
| **Importante:*** **Anexo obligatorio** para todas las Ayudas Técnicas postuladas por niños con edades entre los 4 años y 5 años 11 meses y 29 días que no estén inscritos en el Registro Nacional de la Discapacidad, para acceder a financiamiento vía Programa Regular y Programa Chile Solidario / Seguridades y Oportunidades.
* Debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico **general o especialista.**
* Debe adjuntar en forma complementaria al **formulario de indicación** respectivo, si corresponde.
* Para conocer los formularios de indicación requeridos por cada tipo Ayuda Técnica, debe revisar el Anexo N°1 “Listado de Ayudas Técnicas Convocatoria Año 2020” de SENADIS, disponible en el sitio web: htt[ps://www.senadis.gob.cl/,](http://www.senadis.gob.cl/) sección “Beneficios” y luego “Ayudas Técnicas”.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de indicación** | **/ /** |

1. **Antecedentes personales del solicitante:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | **Run** |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |
| **Diagnóstico(s)** |  |
| **Ayuda(s) Técnica(s) solicitada(s)** |  |

1. **Plan de intervención asociado a la o las Ayudas Técnicas solicitadas:**

Marque las áreas de inclusión más relevantes e indique objetivos para cada una de ellas. Ambos campos son obligatorios.

|  |  |
| --- | --- |
| **Área de inclusión a favorecer con la(s) ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)** | **Objetivos****Importante:** deben estar en directa relación con las áreas de inclusión que se busca favorecer |
| **Educación:** acceso al sistema educativo (formal, informal o especial). |  |
| **Participación Comunitaria:** participación en actividades en contextos familiares, culturales, sociales y de recreación. |  |
| **Salud:** procesos que favorecen la prevención del aumento en el grado de discapacidad y facilitan la funcionalidad. |  |
| **Actividades de la vida diaria:** actividades básicas e instrumentales que favorezcan la independencia/autonomía. |  |

1. **Identificación de médico que respalda este plan de intervención:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | **Run** |  |
| **Especialidad** |  | **Institución** |  |
| **Teléfono** |  | **Firma y timbre** |  |
| **Email** |  |

**1** de **1**