**CARTA DE COMPROMISO**

**DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD**

**EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR BENEFICIARIOS DE RECURSOS DE APOYOS EDUCATIVOS SENADIS**

**2024**

En …………………….……………….…. *(ciudad)*, a ………………….………. *(fecha)*, yo, …………………………………………….………………….… *(nombre del alumno o alumna)*, Cédula de Identidad N°……………….….……………….…., domiciliado/a en calle……………………….…………………….…, N°……………..……….………, Casa/Depto …………………….……., comuna de …………….…………….., ciudad de …………………………….…….., declaro lo siguiente:

El Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), el presente año, realizó el llamado para la entrega de Recursos de Apoyos Educativos para el financiamiento, total o parcial de Servicios y/o Materiales de Apoyo, para la inclusión educativa de los y las Estudiantes con Discapacidad, que cursen estudios en Instituciones de Educación Superior. El financiamiento tiene por finalidad contribuir a disminuir las barreras de participación y aprendizaje que presentan las personas con discapacidad que se encuentran cursando estudios de educación superior.

En virtud de lo anterior, declaro que tengo conocimiento de los términos y condiciones del beneficio al que postulo, y declaro que participo de manera voluntaria en el indicado llamado.

Actualmente estoy cursando el …………………….…….. *(indicar año que cursa)* de la carrera o plan de estudios de ……………………..…….………………….…….…., en ………………………….………………….………………….………………….……… *(indicar Institución de Educación Superior).*

El plazo de duración del beneficio otorgado, será de entre los meses de marzo y diciembre del año 2024.

**COMPROMISO:**

En virtud de lo señalado anteriormente, me comprometo y obligo a:

1. Utilizar los fondos recibidos, única y exclusivamente para el financiamiento de los servicios de apoyo y/o materiales de apoyo solicitados, conforme al presupuesto aprobado por SENADIS.
2. Entregar los Medios de Verificación correspondientes a la modalidad de adjudicación, según lo establecido en la Resolución de Llamado N°498, de 2024.
3. Reintegrar a SENADIS aquellas sumas de dinero que no utilice para el financiamiento del servicio de apoyo y/o materiales de apoyo, de conformidad al procedimiento contemplado por SENADIS.
4. Ponerme a disposición de SENADIS para responder cuestionarios de seguimiento y entregar mi testimonio en el marco del beneficio recibido.
5. Que, en caso de suspender o congelar la carrera, SENADIS podrá cancelar el beneficio por el tiempo que dure dicha situación.
6. Que, en caso de incurrir en alguna de las siguientes conductas o acaecer alguna de estas circunstancias, aceptar que el beneficio podrá ser cancelado por SENADIS:
* Cuando se comprobare que la documentación de respaldo es falsa y/o ha sido adulterada para obtener el beneficio.
* Cuando hubiere omitido antecedentes o faltado a la verdad al proporcionar la información sobre mi condición socioeconómica.
* Cuando se comprobare que haya destinado los dineros transferidos, a un fin que no corresponda a lo solicitado en la postulación al beneficio.
* Cuando se comprobare la utilización fraudulenta los dineros transferidos por SENADIS.
* Cuando se comprobare la pérdida de calidad de alumno (renuncia o expulsión) de la Institución de Educación Superior en la que actualmente curso mis estudios o plan de estudios.
* Cuando obtenga el título o grado académico durante el transcurso de duración del beneficio.
1. Aceptar que SENADIS, a través de la Dirección Regional respectiva, pueda establecer contacto a través de un/a profesional supervisor/a, informando de ello mediante comunicación al correo electrónico y/o domicilio indicado en esta Carta de Compromiso.

Además, declaro tener conocimiento que, en caso de querer renovar el beneficio para el año siguiente, debo demostrar un avance académico de al menos 50% y cumplir con los demás requisitos señalados en el Artículo N°19 de la Resolución Exenta N°453, de 2024.

Nombre del o de la estudiante: ..................................................................................

Cédula de Identidad N°: .............................................................................................

Firma: .........................................................................................................................

**Nota:** en caso de que el o la postulante haya sido declarado o declarada en interdicción, o sea menor de 18 años al momento de la postulación, este documento deberá ser firmado por su representante legal.