ANEXO N°2
PLAN DE INTERVENCIÓN PARA NIÑOS ENTRE 4 Y 5 AÑOS SIN INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD AÑO 2022

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 o el Subsistema Seguridades y Oportunidades.
- Los niños entre los 4 años y 5 años 11 meses que estén en el Registro Nacional de Discapacidad, podrán acceder al Programa Regular o Subsistema de Seguridades y Oportunidades adjuntando la Credencial del Registro Nacional de Discapacidad.
- Debe ser emitido por un **médico general o especialista.**
- Para conocer los formularios de indicación requeridos por cada tipo Ayuda Técnica, debe revisar el Anexo N°1 "Catálogo de ayudas técnicas año 2022" de SENADIS, disponible en el sitio web: https://www.senadis.gob.cl/, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de Ayudas Técnicas".

Fecha de indicación	/ /

I. Antecedentes personales del solicitante:

Nombre		**RUN**									-	
Diagnóstico(s)												
Ayuda(s) Técnica(s) solicitada(s)												

II. 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.	

III. Identificación de médico que respalda este plan de intervención:

Nombre		**RUN**	
Especialidad		**Institución**	
Teléfono		**Firma y timbre**	
Correo electrónico			