



## 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

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

### II. CONDICION DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

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

### III. PARTICIPACION SOCIAL (MARQUE CON UNA X)

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

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

#### a. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL</b> |  |
| <b>PROFESIÓN</b>                    |  |
| <b>DIRECCIÓN</b>                    |  |
| <b>TELÉFONO(S)</b>                  |  |
| <b>CORREO ELECTRONICO</b>           |  |
| <b>INSTITUCION</b>                  |  |