

## ANEXO FORMULARIO DE INDICACIÓN DE NUEVAS AYUDAS TÉCNICAS PROGRAMA FNDR DE LA REGIÓN DEL BIOBÍO 2020

### Importante:

- Profesional declara que postulante cumple con las condiciones necesarias para la adaptación de las Ayudas Técnicas. Los tipos y características de las Ayudas Técnicas indicadas están sujetos a revisión para asegurar su pertinencia técnica.

- Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las ayudas técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo "Catálogo de Ayudas Técnicas Convocatoria Programa FNDR de Ayudas Técnicas región del Biobío 2020", disponible en el sitio web de SENADIS, <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Beneficios", "Ayudas Técnicas" y "Programa FNDR Biobío".

- Los profesionales permitidos para realizar la indicación de estas Ayudas Técnicas son:

**Accesorios del procesador coclear:** fonoaudiólogo o tecnólogo médico ORL, debe ser respaldado obligatoriamente por médico otorrinolaringólogo; **Localizador GPS:** educador diferencial, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional o kinesiólogo, debe ser respaldado obligatoriamente por un médico; **Silla de ducha con respaldo, apoya brazos y urinario:** kinesiólogo o terapeuta ocupacional, debe ser respaldado obligatoriamente por un médico; **Teléfono inteligente:** educador diferencial, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional o kinesiólogo, debe ser respaldado obligatoriamente por un médico.

Fecha de indicación	/	/
---------------------	---	---

### I. Antecedentes personales del solicitante:

<b>Nombre</b>	<b>Run</b>
<b>Diagnóstico(s)</b>	
<b>Justificación solicitud de la ayuda técnica</b>	

### II. Ayuda(s) técnica(s) a solicitar

Marque la ayuda técnica y su características a solicitar									
<b>1. Accesorios del procesador coclear</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td><b>Accesorio de conectividad a teléfono</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><b>Batería recargable</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><b>Bobina o antena</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><b>Cables</b></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<b>Accesorio de conectividad a teléfono</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Batería recargable</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Bobina o antena</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cables</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Accesorio de conectividad a teléfono</b>								
<input type="checkbox"/>	<b>Batería recargable</b>								
<input type="checkbox"/>	<b>Bobina o antena</b>								
<input type="checkbox"/>	<b>Cables</b>								
<p><b>Importante:</b> Puede indicar hasta 3 accesorios y la suma de ellos corresponderá a 1 ayuda técnica. Se verificará la compatibilidad de cada opción seleccionada con la marca y modelo de implante coclear. Sólo serán gestionados los elementos requeridos que sean compatibles.</p> <p>- Marca y modelo de Implante Coclear: _____</p> <p>- Especificaciones técnicas de los accesorios: _____</p>									
<input type="checkbox"/>	<b>2. Localizador GPS (para discapacidad psíquica-intelectual)</b>								
<input type="checkbox"/>	<b>3. Silla de ducha con respaldo, apoya brazos y urinario</b>								
<input type="checkbox"/>	<b>4. Teléfono inteligente (para discapacidad sensorial auditiva o visual)</b>								

### III. Identificación de profesional que indica y médico que respalda la indicación:

Si esta indicación fue realizada exclusivamente por médico, debe completar sólo el registro "Médico que respalda indicación".

Profesional que indica		Médico que respalda indicación	
<b>Nombre</b>		<b>Nombre</b>	
<b>Run</b>		<b>Run</b>	
<b>Profesión</b>		<b>Profesión</b>	
<b>Institución</b>		<b>Institución</b>	
<b>Teléfono</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Email</b>		<b>Email</b>	
<b>Firma y timbre</b>		<b>Firma y timbre</b>	