



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza CONTIGO



FORMATO PC 1000

TRÁMITE: AFILIACIÓN AL PROGRAMA CONTIGO REINCORPORACIÓN AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

(Marque con una X el trámite que realizará)

FECHA: 02 / 12 / 2022

I. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 4 4 7 1 7 3 3 5

1.3 APELLIDO PATERNO VILLANUEVA

1.4 APELLIDO MATERNO JAVIER

1.5 NOMBRES SANTA CECILIA

1.6 M 1.7 45 1.8 22 / 11 / 1977

1.9 ¿PERTENECE A UN PUEBLO/COMUNIDAD INDÍGENA? SI No ¿CUÁL?

1.10 ¿SE COMUNICA CON ALGUNA LENGUA ORIGINARIA? SI No ¿CUÁL?

1.11 POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES. USTED SE CONSIDERA: (Información solicitada por el Ministerio de Cultura)

QUECHUA AYMARA NATIVO O INDÍGENA DE LA AMAZONÍA NEGRO/MORENO/ZAMBO/MULATO/AFROPERUANO BLANCO MESTIZO OTRO NO SABE PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARIO

1.12 ¿MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? INICIAL PRIMARIA SECUNDARIA TÉCNICO COMPLETO TÉCNICO INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA ILETRADO NO ESTUDIA POR ORFANDAD DE PADRE Y MADRE.

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO HUANUCO PROVINCIA HUAMALIES

DISTRITO MIRAFLORES CENTRO POBLADO PAMPAS DE FLORES

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA SOL NACIENTE

NÚMERO KM MZ INTERIOR N° DE DPTO LT PISO BLOQUE

TIPO DE ZONA AA.HH CASERÍO CONJUNTO HABITACIONAL COOPERATIVA FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA SOL NACIENTE

REFERENCIA AL PIE DEL PUESTO DE SALUD PAMPAS DE FLORES

1.14 TELÉFONO FIJO 1.15 TELÉFONO CELULAR 9 2 5 2 5 5 0 5 9

1.16 CORREO ELECTRÓNICO Seleuco San Santos evangelista 8@gmail.com

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI No 1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 29973

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 24 / 11 / 2016 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 24 / 11 / 2016

1.21 ¿ACEPTA QUE SE TRASLADÉ SUS DATOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNPC DEL C() SI No

1.22 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES MENOR DE EDAD?

SI No (Si marcó SI, complete la información del apartado II del formato, si marco NO pase a la pregunta 1.23)

1.23 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA MANIFIESTA SU VOLUNTAD?

SI No (Si marcó NO, complete la información del apartado II del formato, si la respuesta es SI, pase a la pregunta 1.24)

1.24 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD TIENE DIFICULTAD PARA TRASLADARSE A UNA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN?

SI No (Si marcó SI, complete la información del apartado II del formato, si la respuesta es NO, firme el formato en señal de conformidad)

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O. Si la persona con discapacidad es menor de edad es obligatorio el registro, opcional si se trata de un adulto que lo requiere

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO

(Marque con una X el tipo de documento)

2.3 APELLIDO PATERNO _____

2.4 APELLIDO MATERNO _____

2.5 NOMBRES _____

2.6 TELÉFONO ¹

2.7 CORREO ELECTRÓNICO ¹ _____

2.8 PARENTESCO CON LA/EL BENEFICIARIA/O MADRE/PADRE HERMANA/O ABUELA/O HIJA/O NIETA/O TÍA/O

(Marque con una X el parentesco)

PRIMA/O ESPOSA/O OTRO PARIENTE _____

(Especifique)

2.9 ¿ADJUNTA INFORME DE CONDICIÓN SOCIAL/LEGAL? SI No (Solo aplica si marcó parentesco diferente a madre/padre)

(Marque con una X en señal de conformidad)

2.10 Declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado de la persona con discapacidad identificada en el presente formulario. A su vez, conozco la responsabilidad que asumo al solicitar su afiliación.

2.11 Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión no contributiva por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).

III. CONFORMIDAD

3.1 Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.


3.2 En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N° 27444).

3.3 En el caso que resulte ser incorporada/o al Programa CONTIGO, me comprometo a mantener actualizada la información de la/el usuaria/o y/o autorizada/o: dirección, teléfono fijo, celular, correo electrónico, clasificación socioeconómica, según corresponda, entre otros. Para la actualización de datos se deberá utilizar la Ficha de Actualización de Datos (FAD).

3.4 Del resultado de la presente solicitud, autorizo al Programa CONTIGO la creación de una cuenta de ahorros para hacer efectivo el depósito de la pensión no contributiva. Así como que el Programa CONTIGO establezca la modalidad de pago de la pensión.

3.5 Tengo conocimiento que la firma de este documento inicia el trámite ante el Programa CONTIGO y que la incorporación de usuarias/os al Programa se realiza de acuerdo al Procedimiento de Priorización vigente y a la disponibilidad presupuestal.

3.6 La persona con discapacidad y/o autorizada/o suscribe y/o coloca su huella digital en señal de conformidad.


 FIRMA
 PERSONA CON DISCAPACIDAD
 Nombres y Apellidos: **SANCHEZ CELIA, VILLANUEVA JAVIER**
 DNI: **74717335**
 Celular: **925255059**



 FIRMA
 AUTORIZADA/O
 Nombres y Apellidos
 DNI
 Celular



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: **SELEUCO ISAU SANTOS EVANGELISTA.**
 DNI N°: **42907776**
 Celular: **90891118**
 Cargo: **RESPONSABLE DE "OMAPED"**
 Municipalidad: **DISTRITAL DE MIRAFLORES**




SELEUCO ISAU SANTOS EVANGELISTA
 DNI: **42907776**
 FIRMA RESPONSABLE OMAPED

¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

**** Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera****