



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Promoción Social

Programa Nacional de Entrega de la Pensión por Contribución 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: 05/04/2022

I. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 45619287
(Marque con una X el tipo de documento que corresponda)

1.3 APELLIDO PATERNO ALARCON

1.4 APELLIDO MATERNO ROMERO

1.5 NOMBRES AYDEE LUCILA

1.6 SEXO M 1.7 39 EDAD 1.8 20/07/1982 FECHA DE NACIMIENTO

1.9 ¿PERTENECE A UN PUEBLO/COMUNIDAD ÍNDIGENA? 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 ÍNDIGENA DE LA AMAZONÍA NEGRO/MORENO/ZAMBO/MULATO/AFROPERUANO
- BLANCO MESTIZO OTRO NO SABE PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO ÍNDIGENA U ORIGINARIO

1.12 ¿MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? INICIAL PRIMARIA SECUNDARIA TERCER GRADO SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA

- TÉCNICO COMPLETO TÉCNICO INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA
- ILETRADO NO ESTUDIA RETARDO MENTAL
(Indique el motivo de no estudio)

1.13 ¿DIRECCIÓN? DEPARTAMENTO APURÍMAC PROVINCIA ANDAHUAYLAS

DISTRITO ANDAHUAYLAS CENTRO POBLADO CCAPACALLA

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO _____

NOMBRE DE LA VÍA CARRETERA A TURPO

NÚMERO 0 KM MZ INTERIOR N° DE DPTO LOTE PISO BLOQUE

TIPO DE ZONA AA.HH CASERÍO CONJUNTO HABITACIONAL COOPERATIVA FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA _____

REFERENCIA CARRETERA A TURPO

1.14 TELÉFONO FIJO _____ 1.15 TELÉFONO CELULAR¹ _____

1.16 CORREO ELECTRÓNICO¹ _____

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO 1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO _____

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO _____ 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO _____
(Expresado en meses)

1.21 ¿ACEPTA QUE SE TRASLADE SUS DATOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNPC DEL CONADIS? 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)

¿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 PERSONA QUE SOLICITA AUTORIZACIÓN 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 2.3 NÚMERO DE DOCUMENTO
(Marque con una X el tipo de documento)

2.2 APELLIDO PATERNO ROMERO

2.4 APELLIDO MATERNO DE ALARCON

2.5 NOMBRES LUISA MATILDE

2.6 TELÉFONO¹ - 973534318 2.7 CORREO ELECTRÓNICO¹

2.8 PARENTESCO CON EL/LA BENEFICIARIA/O MADRE/PADRE HERMANA/O ABUELA/O HIJA/O NIETA/O TÍO/O
(Marque con una X el parentesco)
 PRIMA/O ESPOSO/A OTRO PARIENTE _____
(Especifique)


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

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.


 PERSONA CON DISCAPACIDAD
 Nombres y Apellidos: AYDEE LUCILA ALARCON ROMERO
 DNI N°: 45619287
 Celular:




 AUTORIZADO/A
 Nombres y Apellidos: LUISA MATILDE ROMERO DE ALARCON
 DNI N°: 31122110
 Celular: 973534318



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE
 Nombres y Apellidos: MICHELLE LIZETH PALOMINO VARGAS
 DNI N°: 41648677
 Celular: 945424772
 Cargo:
 Municipalidad: MUNICIPALIDAD DE ANDAHUAYLAS


 MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE ANDAHUAYLAS
 Abg. Michelle L. Palomino Vargas
 RESPONSABLE DE OMAPED
 FIRMA

¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

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