



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personal 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 realizara)

FECHA: d d / m m / a a a a

I. DATOS LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 63373398

1.3 APELLIDO PATERNO TURPO

1.4 APELLIDO MATERNO QUISPE

1.5 NOMBRES ROY JOEL

1.6 1.7 1.8 29/11/2011

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

1.10 ¿HABLA UN IDIOMA INDÍGENA? 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 NO PUEDE REALIZAR LA COMUNICACION.

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO CUSCO PROVINCIA PAUCARTAMBO

DISTRITO CAJCAJ CENTRO POBLADO CCOYARAQUI

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA CALLE PRINCIPAL DE CCOYARAQUI

NÚMERO KM MZ INTERIOR N° DE DPTO LT PISO BLOQUE

TIPO DE ZONA AA.HH CAECERÍO CONJUNTO HABITACIONAL COOPERATIVA FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA CCOYARAQUI

REFERENCIA EN LA CALLE PRINCIPAL DE CCOYARAQUI.

1.14 TELÉFONO FIJO 1.15 TELÉFONO CELULAR

1.16 CORREO ELECTRÓNICO

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI No 1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00231372

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 23/11/2019 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 60 MESES

1.21 ¿ACEPTA INSCRIBIRSE EN 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 marco 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 marco 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 marco 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

4	0	3	4	3	2	4	8		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

2.3 APELLIDO PATERNO TURPO

2.4 APELLIDO MATERNO TECSI

2.5 NOMBRES BASILIO

2.6 TELÉFONO ¹

9	2	6	1	2	0	0	4	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 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
 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).

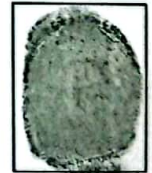
III. CONFORMIDAD

- 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 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 ROY JOEL TURPO QUISEP
 DNI 63373398
 Ceular _____



AUTORIZADA/O
 Nombres y Apellidos BASILIO
 DNI 40343248
 Ceular _____



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPEN EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE
 Nombres y Apellidos: _____
 DNI N°: _____
 Ceular: _____
 Cargo: _____
 Municipalidad: _____

[Firma]
 FIRMA

¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

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



Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro: 00231372
00002512 - CAICAY

Establecimiento de Salud

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Turpo, Quipe, Roy Joel

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Masculino	Años	Meses	63373398	DNI	Carnet extranjera
	7	11		63373398	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Retraso mental grave, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
Deficiencia visual moderada, binocular

CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
F720	Asfixia del nacimiento, no especificada	P219
H542		-

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	1	0	Sin limitación
De La Comunicación	3	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	4	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	3	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	2	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	2	5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.
De Situación	0	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD

Sin Discapacidad	0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve	1	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	4-6	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en el menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, IJOMECÁNICAS Y PERSONALES

De apoyo

Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente

Para marcha y transporte

Para comunicación, información y señalización

Otros productos de apoyo

Personales

Para asearse, vestirse, cocinar y comer

Dependencia de otra persona

Para efectos estéticos o cosméticos

No requiere

No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

35,79 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

REQUIERE CONTROL POR PSIQUIATRÍA Y OFTALMOLOGÍA

Este documento tiene una vigencia de 60 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CALLE CALLE TUPAC AMARU S/N / CAY CAY /
PAUCARTAMBO / CUSCO S/N CALLE TUPAC
AMARU S/N / CAY CAY / PA
Cusco - Paucartambo - Calcay

23 de
Diciembre
de 2019

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MENENDEZ SANJINES, JULIO PAUL

N° CMP

64029

N° RNE

34665

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE
CERTIFICA

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O
DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR
DEL ESTABLECIMIENTO

Juli

 Dr. Juli Méndez Paz
 Médico Geriatra y Gerontólogo
 C.O.P. 10707

Juli

 Juli Méndez Paz
 Gerente General
 C.O.P. 10707

Juli

 Jefa URA

 Jefa URA
 OBSTETRA
 C.O.P. 10707

¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? (CONADIC, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo) **SI**