



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  REINCOPORACIÓN  AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

(Marque con una X el trámite que realizará)

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 7 1 7 7 4 6 9 8

1.3 APELLIDO PATERNO HUARAYO

1.4 APELLIDO MATERNO HUAMANTICA

1.5 NOMBRES FLOR DE MARIA

1.6  M SEXO 1.7 20 EDAD 1.8 29 / 12 / 2001 a FECHA DE NACIMIENTO

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

1.10 ¿HABLA UN IDIOMA INDÍGENA? SI  No  ¿CUÁL? Quechua

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  TERCER GRADO  CUARTO  QUINTO  TÉCNICO COMPLETO  TÉCNICO INCOMPLETO  SUPERIOR COMPLETA  SUPERIOR INCOMPLETA  ILETRADO  NO ESTUDIA

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO CUSCO PROVINCIA PAUCARTAMBO

DISTRITO CAICAY CENTRO POBLADO HUASAC

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO ARCO PUNKU

NOMBRE DE LA VÍA HUASAC

NÚMERO KM MZ INTERIOR N° DE DPTO LT PISO BLOQUE

TIPO DE ZONA  AA.HH  CAECERÍO  CONJUNTO HABITACIONAL  COOPERATIVA  FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA HUASAC

REFERENCIA DE LA PLAZA A UNA CUADRA HACIA ARRIBA

1.14 TELÉFONO FIJO 1.15 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup>

1.16 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI  No  1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00056587

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 22/06/2017 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 60 MESES (Expresado en 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 

2	5	1	2	6	3	5	9
---	---	---	---	---	---	---	---

2.3 APELLIDO PATERNO HUAMANTICA

2.4 APELLIDO MATERNO QUISPE

2.5 NOMBRES EULOGIA

2.6 TELÉFONO <sup>1</sup>

9	8	3	1	0	0	9	2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 2.7 CORREO ELECTRÓNICO <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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 FLOR DE MARIA  
 DNI 7177469B  
 Celular \_\_\_\_\_



AUTORIZADA/O  
 Nombres y Apellidos EULOGIA HUAMANTICA  
 DNI 25126359  
 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: JUVENAL HUARANCA SUSCA  
 DNI N°: 71791597  
 Celular: 910471138  
 Cargo: RESPONSABLE DE OTAPED  
 Municipalidad: CAISAY

[Firma]  
 FIRMA

<sup>1</sup> Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

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