



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión 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 CONTRIB

I. DATOS LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

FECHA: d d / m m / a

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA

1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 73721019

1.3 APELLIDO PATERNO CHUCO

1.4 APELLIDO MATERNO LABRA

1.5 NOMBRES JOE MICHAEL

1.6 F M SEXO

1.7 13 EDAO

1.8 03 / 09 / 2009 FECHA DE NACIMIENTO

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/AFROPERUAN

BLANCO MESTIZO OTRO NO SABE PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARI

1.12 ¿MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO ?

TÉCNICO COMPLETO TÉCNICO INCOMPLETO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO LIMA PROVINCIA LIMA

DISTRITO LIMA CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA ESPEJO TAMAYO

NÚMERO 274 KM MZ INTERIOR N° DE DPTO

TIPO DE ZONA AA.HH CAECERÍO CONJUNTO HABITACIONAL LT COOPERATIVA FUNDO PISO 01 BLOQUE

NOMBRE DE LA ZONA URB. MATEO SALADO

REFERENCIA ALT 15 AV. TINGO MARIA

1.14 TELÉFONO FIJO

1.15 TELÉFONO CELULAR 997221103

1.16 CORREO ELECTRÓNICO

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI No

1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO d d / m m / a a a a

1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO

1.21 ¿ACEPTA INSCRIBIRSE EN EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNPC DEL CONADIS? SI No (Expresado en meses)

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)

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)

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)

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	5	6	3	1	9	5	4
---	---	---	---	---	---	---	---

2.3 APELLIDO PATERNO LABRA

2.4 APELLIDO MATERNO CCAHUAYA

2.5 NOMBRES YOCANDA

2.6 TELÉFONO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 2.7 CORREO ELECTRÓNICO

2.8 PARENTESCO CON LA/EL BENEFICIARIA/O MADRE/PADRE HERMANA/O ABUELA/O HIJA/O NIETA/O TÍ/A/C
 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)

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. CONFIRMIDAD

3.1 Exproso 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 usuar/a/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.

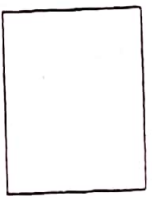
3.5 Tengo conocimiento que la firma de este documento inicia el trámite ante el Programa CONTIGO y que la incorporación de usuarias/os al Programa se realiza de acuerdo al Procedimiento de Priorización vigente y a la disponibilidad presupuestal.

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
 DNI
 Celular



Yocanda Labra Ccahuaya
 AUTORIZADA/O
 Nombres y Apellidos YOLANDA LABRA CCAHUAYA
 DNI 45631954
 Celular 997221163



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIÉN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE
 Nombres y Apellidos:
 DNI N°:
 Celular:
 Cargo:
 Municipalidad:

_____ FIRMA

¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.
 ** Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera **

