



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

FECHA: 01 / 12 / 2022

I. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 7 5 1 0 8 7 5 6

1.3 APELLIDO PATERNO PEÑA

1.4 APELLIDO MATERNO VILLANUEVA

1.5 NOMBRES JOSE

1.6 F M SEXO 1.7 17 EDAD 1.8 29 / 11 / 2005 FECHA DE NACIMIENTO

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 1º
 TÉCNICO COMPLETO TÉCNICO INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA
 ILETRADO NO ESTUDIA

1.13 DIRECCIÓN DEPARTAMENTO HUANUCO PROVINCIA HUAMALIES

DISTRITO 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 1 6 0 7 3 9 0 9

1.16 CORREO ELECTRÓNICO 1 s1euc0isa0santos0evangelista@gmail.com

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI No 1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00257419

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 20 / 10 / 2020 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 20 / 10 / 2020 (Expresado en meses)

1.21 ¿ACEPTA QUE SE TRASLADÉ SUS DATOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNPC DEL CCSI 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 marcó 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

4	4	7	1	7	3	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---

2.3 APELLIDO PATERNO VILLANUEVA

2.4 APELLIDO MATERNO JAVIER

2.5 NOMBRES SANTA CECILIA

2.6 TELÉFONO ¹

9	2	5	2	5	5	0	5	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 2.7 CORREO ELECTRÓNICO ¹ santaceciliavillanueva2@gmail.com

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)

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.

JOSE
 FIRMA
 PERSONA CON DISCAPACIDAD
 Nombres y Apellidos JOSE PEÑA VILLANUEVA
 DNI 75108756
 Celular 925255009



SANTA CECILIA
 FIRMA
 AUTORIZADA/O
 Nombres y Apellidos SANTA CECILIA VILLANUEVA JAVIER
 DNI 44717335
 Celular 925255009



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°: 4290776
 Celular: 901890118
 Cargo: RESPONSABLE DE "OMAPED"
 Municipalidad: DISTRITAL DE MIRAFLORES



¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

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