



FORMATO PC 1000

TRÁMITE : AFILIACIÓN AL PROGRAMA CONTIGO REINCORPORACIÓN AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

FECHA: 18/08/2022

I. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

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

1.3 APELLIDO PATERNO QUISPE

1.4 APELLIDO MATERNO ENTONADO

1.5 NOMBRES SAMUEL REYDES

1.6 F M SEXO 1.7 17 EDAD 1.8 06/03/2005 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 6° SECUNDARIA _____

TÉCNICO COMPLETO TÉCNICO INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA

ILETRADO NO ESTUDIA _____

1.13 ¿DIRECCIÓN?

DEPARTAMENTO APURIMAC PROVINCIA ANDAHUAYLAS

DISTRITO TALAVERA CENTRO POBLADO _____

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO _____

NOMBRE DE LA VÍA CHILLCARACCRA

NÚMERO 00 KM 00 MZ 00 INTERIOR 00 N° DE DPTO 00 LOTE 00 PISO 01 BLOQUE 00

TIPO DE ZONA AA.HH CASERÍO CONJUNTO HABITACIONAL COOPERATIVA FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA LUIS PATA CHILLCARACCRA

REFERENCIA SECTOR HUAYRAPATA

1.14 TELÉFONO FIJO _____ 1.15 TELÉFONO CELULAR¹ 921077839

1.16 CORREO ELECTRÓNICO¹ ULETALAVERAT@GMAIL.COM

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 _____

1.21 ¿ACEPTA QUE SE TRASLADEN SUS DATOS PARA 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)

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

2.3 APELLIDO PATERNO QUISPE

2.4 APELLIDO MATERNO ENTONADO

2.5 NOMBRES ROSMERY

2.6 TELÉFONO¹ _____ 2.7 CORREO ELECTRÓNICO¹ _____

2.8 PARENTESCO CON EL/LA BENEFICIARIA/O MADRE/PADRE HERMANA/O ABUELA/O HIJA/O NIETA/O TÍ/A/O
 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: SAMUEL REYDES QUISPE ENTONADO
 DNI N°: 75791044
 Celular: 921077839

AUTORIZADO/A
 Nombres y Apellidos: ROSMERY QUISPE ENTONADO
 DNI N°: 72259981
 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: CHRISTHIAN WUILY CARDENAS LEGUÍA
 DNI N°: 47724015
 Celular: 935978862
 Cargo: _____
 Municipalidad: MUNICIPALIDAD DE TALAVERA


 FIRMA DE OMAPED

¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

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