



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



FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: d 18 / 09 / 2022 a

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 79678537

1.3 APELLIDO PATERNO SOLIS

1.4 APELLIDO MATERNO GARAY

1.5 NOMBRES CLEITH GABRIELA

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO HUÁNUCO PROVINCIA LAURICOCHA

DISTRITO BAÑOS CENTRO POBLADO RIO BLANCO

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

TIPO DE ZONA  AA.HH.  CASERÍO  CONJUNTO HABITACIONAL  COOPERATIVA  FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA

REFERENCIA

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup>

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD LONGITUD

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O AL COBRO

2.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 22719480

2.3 APELLIDO PATERNO GARAY

2.4 APELLIDO MATERNO CAMPOS

2.5 NOMBRES YENI ISABETH

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 900347324

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

III. MOTIVO POR EL CUAL NO REALIZA EL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE MANERA FRECUENTE

3.1 MOTIVO DE NO COBRO  AHORRO  TIEMPO LARGO DE TRASLADO  ALTO COSTO DE TRANSPORTE  INACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

IV. CONFORMIDAD

(marque en señal de conformidad)

4.1  Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario. Considerando que la atención a los mismos 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 la base de datos personales que administra el Programa.

LA/EL USUARIO/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

USUARIO/O

Nombre y Apellidos

DNI

Ceular

AUTORIZADA/O

Nombre y Apellidos

DNI

Ceular

SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos

DNI

Ceular

Cargo

Municipalidad

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE BAÑOS

Lic. Miriam Mayra Príncipe Yaúli

DNI: 72383350

Responsable de la OMAPED

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

\*\* Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera y expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use en el marco de sus funciones mis datos personales. \*\*