



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de Pensiones no Contributivas 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

(Marque con una X el trámite que realizará)

FECHA: 25/04/2022

#### I. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

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

(Marque con una X el tipo de documento que corresponda)

1.3 APELLIDO PATERNO GUTIERREZ

1.4 APELLIDO MATERNO RUIZ

1.5 NOMBRES ERIKA

1.6   SEXO 1.7 45 EDAD 1.8 16/08/1976 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  SECUNDARIA

- TÉCNICO COMPLETO  TÉCNICO INCOMPLETO  SUPERIOR COMPLETA  SUPERIOR INCOMPLETA

ILETRADO  NO ESTUDIA PROBLEMAS PSICOLOGICOS

(Indique el motivo de no estudio)

1.13 ¿DIRECCIÓN?

DEPARTAMENTO ICA PROVINCIA PISCO

DISTRITO PISCO CENTRO POBLADO \_\_\_\_\_

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA VÍA FERMIN TANGUIS

NÚMERO \_\_\_\_\_ KM \_\_\_\_\_ MZ A INTERIOR \_\_\_\_\_ N° DE DPTO \_\_\_\_\_ LOTE 15 PISO \_\_\_\_\_ BLOQUE \_\_\_\_\_

TIPO DE ZONA  AA.HH  CASERIO  CONJUNTO HABITACIONAL  COOPERATIVA  FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA \_\_\_\_\_

REFERENCIA A MEDIA CUADRA DEL MERCADO FERIAL 2 DE PISCO

1.14 TELÉFONO FIJO \_\_\_\_\_ 1.15 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 956215544

1.16 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup> PISCONADIS21@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 \_\_\_\_\_

(Expresado en meses)

1.21 ¿ACEPTA QUE SE TRASLADA SUS DATOS PARA 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 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 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

(Marque con una X el tipo de documento)

2.3 APELLIDO PATERNO RUIZ

2.4 APELLIDO MATERNO HURTADO

2.5 NOMBRES LUZMILA

2.6 TELÉFONO<sup>1</sup> - 956215544 2.7 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup> PISCONADIS21@GMAIL.COM

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

(Marque con una X el parentesco)

PRIMA/O  ESPOSO/A  OTRO PARIENTE \_\_\_\_\_

(Especifique)

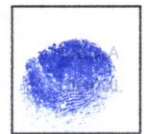
2.9 ¿ADJUNTA INFORME DE CONDICIÓN SOCIAL/LEGAL?  SI  NO (Solo aplica si marco parentesco diferente a madre/padre)

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 usuarios/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.



FIRMA  
PERSONA CON DISCAPACIDAD  
Nombres y Apellidos: ERIKA GUTIERREZ RUIZ  
DNI N°: 80031786  
Celular: 956215544

FIRMA  
AUTORIZADO/A  
Nombres y Apellidos: LUZMILA RUIZ HURTADO  
DNI N°: 80031788  
Celular: 956215544

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

Nombres y Apellidos: JUNIOR PEDRO ADVINCULA PALOMINO  
DNI N°: 70150673  
Celular: 902111282  
Cargo:  
Municipalidad: MUNICIPALIDAD DE PISCO

FIRMA

**Javier R. Casas Martínez**  
JEFE DE OMAPED

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

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