



FORMATO PC 1000

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

FECHA: / /

I. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 81132636

1.3 APELLIDO PATERNO MALDONADO

1.4 APELLIDO MATERNO CHUQUICAHUANA

1.5 NOMBRES SHANPIER ALEXANDER

1.6   SEXO 1.7 09 EDAD 1.8 12 / 03 / 2013 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  TÉCNICO COMPLETO  TÉCNICO INCOMPLETO  SUPERIOR COMPLETA  SUPERIOR INCOMPLETA  ILETRADO  NO ESTUDIA

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO ICA PROVINCIA CHINCHA

DISTRITO PUEBLO NUEVO CENTRO POBLADO PUEBLO NUEVO

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA MIGUEL GRAU

NÚMERO KM MZ R INTERIOR N° DE DPTO LT 12 PISO BLOQUE

TIPO DE ZONA  AA.HH  CASERÍO  CONJUNTO HABITACIONAL  COOPERATIVA  FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA AA.HH MIGUEL GRAU

REFERENCIA Costado el colegio Miguel Grau.

1.14 TELÉFONO FIJO 1.15 TELÉFONO CELULAR 972006667

1.16 CORREO ELECTRÓNICO rebottarah@gmail.com

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI  No  1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00226645

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 5 / 12 / 2019 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 24 meses. (Expresado en meses)

1.21 ¿ACEPTA QUE SE TRASLASE 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

44404503

2.3 APELLIDO PATERNO

CHUQUICAHUANA

2.4 APELLIDO MATERNO

HUAMAN

2.5 NOMBRES

EDITH ELIZABETH

2.6 TELÉFONO<sup>1</sup>

[Empty phone number boxes]

2.7 CORREO ELECTRÓNICO<sup>2</sup>

rebottaroh@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

2.9 ¿ADJUNTA INFORME DE CONDICIÓN SOCIAL/LEGAL?

SI  No

(Solo aplica si marcó parentesco diferente a madre/padre)

(Especifique)

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: Shamier A. Maldonado

DNI: 81132636

Celular:



[Signature]

AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos: Edith E. Chuquicahuana

DNI:

44404503

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: Liliana Marisela Rebotaro Hidalgo

DNI N°: 07536618

Celular: 938424831

Cargo: Municipalidad: Distrital de Pueblo Nuevo Chinda

FIRMA

[Signature]

Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

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

Nro.: 00226645

Establecimiento de Salud

00003414 - SAN JOSE DE CHINCHA

**I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES**

Maldonado, Chuquicahuana, Jhanpier Alexander

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjería
Masculino	6	8	2856-75	81132636	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? Si

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Parálisis cerebral espástica cuadripléjica	G800	Parálisis cerebral espástica cuadripléjica	G800
Retraso mental profundo, deterioro del comportamiento de grado no especificado	F739	Retraso mental profundo, deterioro del comportamiento de grado no especificado	F739

IV. DISCAPACIDAD			
De La Conducta	4	0	Sin limitación
De La Comunicación	4	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	4	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	4	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	4	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	4	5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.
De Situación	4	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD			
Sin Discapacidad		0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve		1	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada		2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	x	4-6	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa

**VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES**

**De apoyo**

Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente

Otros productos de apoyo

**Personales**

Para asearse, vestirse, cocinar y comer

Para efectos estéticos o cosméticos

**No requiere**

No requiere

Para marcha y transporte

Para comunicación, información y señalización

Dependencia de otra persona

**VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN**

87,5 %      ¿Es diferido?: No

**VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**

Este documento tiene una vigencia de 24 meses desde la fecha de expedición.

**LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN**

AVENIDA ABELARDO ALVA MAURTUA N° 600      5 de  
 AV. ABELARDO ALVA MAURTUA N° 600      Diciembre  
 CHINCHA ALTA CHINCHA ICA      de 2019  
 Ica - Chincha - Chincha Alta



<b>APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA</b>	<b>N° CMP</b>	<b>N° RNE</b>
MUÑOZ AROTUMA, CAROLINA PALMIRA	34640	031647

<b>FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA</b>	<b>FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO</b>	<b>FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO</b>
 GOBIERNO REGIONAL ICA UNIDAD EJECUTIVA DE SALUD CHINCHA HOSPITAL "SAN JOSÉ" Dra. CAROLINA PALMIRA MUÑOZ AROTUMA MÉDICO - REHABILITADOR CMP: 34640 - RNE. 031647	 GOBIERNO REGIONAL Ica Dirección Regional de Salud Hospital San José de Chincha Dr. JOHN CAYANI GUILLEN C M P 30375 Jefe del Departamento de Medicina	 GOBIERNO REGIONAL DE ICA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HOSPITAL SAN JOSÉ CHINCHA M.C. CARLOS ENRIQUE NAVEA MENDEZ CMP: 59170 DIRECTOR EJECUTIVO

¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? (CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)  No



