



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  REINCOPORACIÓN  AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

(Marque con una X el trámite que realizará)

FECHA: d d / m m / a a a a

I. DATOS LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 90242602

1.3 APELLIDO PATERNO SCHMIDT

1.4 APELLIDO MATERNO VALERIO

1.5 NOMBRES ROSA MARIA

1.6  M 1.7 17 1.8 31 / 01 / 2005

1.9 ¿PERTENECE A UN PUEBLO/COMUNIDAD INDÍGENA? SI  No  ¿CUÁL?

1.10 ¿HABLA UN IDIOMA INDÍGENA? 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 1º  SECUNDARIA  TÉCNICO COMPLETO  TÉCNICO INCOMPLETO  SUPERIOR COMPLETA  SUPERIOR INCOMPLETA  ILETRADO  NO ESTUDIA

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO HUANUCO PROVINCIA PUERTO INCA

DISTRITO CODO DEL POZUZO CENTRO POBLADO SAN JUAN DE CODO

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA Carr. a San Juan de Codo

NÚMERO KM MZ INTERIOR N° DE DPTO LT PISO BLOQUE

TIPO DE ZONA  AA.HH  CAECERÍO  CONJUNTO HABITACIONAL  COOPERATIVA  FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA SAN JUAN DE CODO

REFERENCIA A 700 MT ANTES DE LLEGAR AL C.P. SAN JUAN DE CODO

1.14 TELÉFONO FIJO 1.15 TELÉFONO CELULAR¹ 976541098

1.16 CORREO ELECTRÓNICO¹

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI  No  1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00388058

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 14/04/2022 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 24 meses (Expresado en meses)

1.21 ¿ACEPTA INSCRIBIRSE EN 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 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 marco 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 marco 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 44148445

(Marque con una X el tipo de documento)

2.3 APELLIDO PATERNO VALERIO

2.4 APELLIDO MATERNO MALPARTIDA

2.5 NOMBRES ROSALVINA

2.6 TELÉFONO <sup>1</sup> 976541098

2.7 CORREO ELECTRÓNICO <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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

(Marque con una X el parentesco)

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)

(Marque con una X en señal de conformidad)

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 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 Rosa María Schmidt Valerio  
 DNI 90242602  
 Celular 976541098



AUTORIZADA/O  
 Nombres y Apellidos Rosalvina Valerio Malpartida  
 DNI 44148445  
 Celular 976541098



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

Nombres y Apellidos: LUZ DINA KÖHEL HEIDINGER  
 DNI N°: 04823431  
 Celular: 982325006  
 Cargo: encargada OMAPED  
 Municipalidad: Distrital Codo del Pozuzo

LUZ DINA KÖHEL HEIDINGER  
 ENCARGADA OMAPED  
 FIRMA

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

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



PERÚ

Ministerio de Salud

## Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00388058
Establecimiento de Salud
00000927 - CODO DEL POZUZO

## I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

SCHMIDT VALERIO, ROSA MARIA

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		DNI/LE	PERU	
Femenino	17	2	90242602	90242602	PERU	Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION RENIEC			
Huánuco / Puerto Inca / Codo del Pozuzo			NUEVO POZUZO			
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION ACTUAL			
Huánuco / Puerto Inca / Codo del Pozuzo			CENTRO POBLADO SAN JUAN DE CODO			
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				Sí		

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo	F790	Retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo	F790
Deformidad congénita de la cadera, no especificada	Q659		

IV. DISCAPACIDAD			
De La Conducta	1	0	Sin limitación
De La Comunicación	1	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	1	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	3	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	1	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	1	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD		
Discapacidad Leve	1	Si el código es 1, la persona tiene <b>discapacidad leve</b>
Discapacidad Moderada	2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene <b>discapacidad moderada</b>
Discapacidad Severa	* 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 <b>discapacidad severa</b>

**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

**No requiere**

No requiere

Para marcha y transporte

Para comunicación, información y señalización

Dependencia de otra persona

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

15,27 %

¿Es diferido?: No

**VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**

Se sugiere evaluación por medico especialista en medicina fisica y de rehabilitacion para realizar evaluacion completa ya que en nuestro establecimiento con contamos con medios diagnosticos que nos ayuden a determinar diagnostico definitivo.

Se recomienda su reevaluación en **24 meses** desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de **24 meses** desde la fecha de expedición.

**LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN**

JR.FERNANDO BERALUNDE  
TERRY S/N  
Huánuco - Puerto Inca - Codo del  
Pozuzo

14 de Abril de  
2022

**HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO****APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA**

REYES CALERO, JULIO CESAR

N° CMP

66264

N° RNE

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA**

Julio C. Reyes Calero  
Medico Cirujano  
CMP 66264 DNI 44561297

**FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO**

Julio C. Reyes Calero  
Medico Cirujano  
CMP 66264 DNI 44561297

**FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO**

Aedo Villagarcía  
JEFE DE MICRO RPD  
C.O. 21364

¿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)

Sí



