



BASES DE POSTULACION "APOORTE ECONOMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS"

Junio 2024



DESCRIPCIÓN	<p>La Municipalidad de Los Ángeles a través de la Dirección de Desarrollo Social en su rol de ejecutor de programas sociales, implementará el Programa "Aporte económico a Familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas", como una respuesta a la situación que afecta a varias familias de nuestra Comuna que poseen algún miembro de su grupo familiar con alguna enfermedad catastrófica o denominada "enfermedad rara", de tal manera que el Municipio a través de esta línea de acción, buscara apoyar económicamente los costos que conllevan estas enfermedades, como lo son medicamentos, exámenes, atenciones médicas de especialistas, alimentación especial, terapias, traslado a otras comunas, hospedajes, entre otros, gastos que desequilibran el presupuesto familiar.</p> <p>El objetivo principal de este programa es proporcionar asistencia social a las familias que se encuentran en una situación de indigencia o necesidad manifiesta, debido a los altos costos que conlleva la enfermedad catastrófica que afecta a los niños y niñas que forma parte del grupo familiar.</p>
ANTECEDENTES	<ul style="list-style-type: none">Las funciones municipales consignadas en Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades N° 18.695, en su Artículo 4°, letra c) y letra i), la cual dispone que los Municipios, en el ámbito de su territorio, podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con:<ul style="list-style-type: none">la asistencia social y jurídica;La jurisprudencia administrativa sobre la atribución de asistencia social municipal, emanada por la Contraloría General de la Republica mediante los Dictámenes N° 60.500 de 2008, N° 12.826 de 2016, Informe N° 581 del 27.05.2020 sobre la Municipalidad de Pinto, entre otros, donde se reconoce la facultad de las municipalidades para otorgar beneficios sociales a la comunidad, ya sea mediante artículos de primera necesidad, o <u>bien mediante ayuda económica en dinero efectivo</u> a personas que se encuentren en estado de indigencia o necesidad manifiesta, entendiéndose por el primero la carencia absoluta de medios de subsistencia, una condición permanente de escasez de recursos, mientras que por el segundo, la ausencia relativa e inmediata de los mismos, una situación transitoria en que, no obstante que el individuo dispone de ciertos bienes, estos resultan escasos frente a un imprevisto
OBJETIVO	<p>Poner a disposición de las familias que se encuentren afectadas por el estado de salud de uno de sus miembros, menor de 18 años, apoyo económico, que les permitan contar con los elementos básicos para su subsistencia y la de sus familias.</p>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">Implementar una oferta de beneficios sociales, que permitan responder de mejor forma ante las necesidades de las familias vulnerables socialmente o que presenten necesidad manifiesta a través de un aporte en dinero que permita mitigar gastos que conllevan las enfermedades catastróficas o "enfermedades raras" de los niños y niñas menor de 18 años.
PRESTACION SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">Aporte monetario de \$2.000.000, por única vez, a familias de la Comuna de Los Ángeles que presenten un estado de vulnerabilidad o necesidad manifiesta a raíz de los altos costos que conlleva una enfermedad catastrófica o "enfermedad rara" diagnosticada a niños o niñas del grupo familiar, costos que se traducen en exámenes (de alto precio), medicamentos, traslado a otras Comunas, hospedajes, entre otros gastos.



<p>REQUISITOS MINIMOS PARA OBTAR AL BENEFICIO</p>	<p>La situación de precariedad socioeconómica será calificada por los Profesionales Asistentes Sociales de la Oficina de Caso Social dependiente del Depto. de Gestión Social, de la Dirección de Desarrollo Social, Centros de Atención Social y Delegaciones Municipales, bajo los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El acceso a este apoyo económico está enfocado a familias que cuenten con Registro Social de Hogares en la Comuna de Los Ángeles. 2. La familia debe acreditar con un informe médico actualizado (con vigencia no superior a 6 meses desde el ingreso de la postulación) que un integrante del grupo familiar niño o niña, hasta 18 años, se encuentra afectado por una enfermedad catastrófica y/o denominada "enfermedad rara" y que dicha patología conlleve gastos mensuales de alto costo. <p>Además se considera los siguientes factores de vulnerabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de otro integrante del grupo familiar con enfermedad catastrófica o discapacidad (no se consideran las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes mellitus, tiroiditis, asma, entre otras) • Atenciones médicas o terapias del niño o niña con enfermedad catastrófica, cáncer y/o "enfermedad rara", sea en una Clínica, Hospital o Centro de Salud fuera de la Comuna de Los Ángeles. • Precariedad en el empleo (trabajo informal, inexistencia de contratos de trabajo) • Ingreso percapita del grupo familiar • Exclusión: No podrán postular a este beneficio grupos familiares que entre sus integrantes se encuentre un funcionario Municipal, sea de Cementerio, Salud, Educación o Municipalidad en cualquier calidad contractual (planta, contrata, honorarios, código del trabajo).
<p>DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LA POSTULACION</p>	<p>Los postulantes deben completar la ficha de postulación y adjuntar los siguientes documentos:</p> <p>A. Documentación obligatoria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cartola del Registro Social de Hogares 2. Fotocopia de la cédula de identidad de todos los integrantes del grupo familiar, si hay algún integrante menor de edad que no posea cedula de identidad, debe adjuntar certificado de nacimiento. 3. Certificado del médico o especialista tratante del niño o niña, que indique que la patología corresponde a una <u>enfermedad catastrófica o "enfermedad rara" y que conlleve altos costos en su tratamiento</u> (altos costos en medicamentos, exámenes, terapias, alimentación especial, traslados, hospedajes. Dicho certificado con vigencia no superior a 6 meses desde el ingreso de la postulación). 4. Documento que acredite <u>atención médica o terapia del niño o niña (hasta los 18 años) fuera de la Comuna de Los Ángeles.</u> 5. <u>Boletas de los Principales gastos del Hogar:</u> luz, agua, gas, cable, Internet, celular, comprobantes de créditos de consumo, gastos médicos (medicamentos, exámenes, terapias, etc), hipotecarios, contratos de arriendo y pensiones de alimentos cuando corresponda. <p>En relación a gastos médicos, se deben considerar el detalle de gasto mensual permanente, ya sea en exámenes, medicamentos, alimento especial, hospedajes, combustibles y/o pasajes con ocasión de asistir a controles médicos o terapias, entre otros. En el caso de costear medicamentos que alcancen a cubrir tratamiento por más de 1 mes, se debe hacer el cálculo del gasto mensual.</p> <p>B. Documentos que deben presentar de acuerdo a situación social y laboral de los</p>



integrantes del grupo familiar:

1. Integrantes del grupo familiar cesantes o con actividad informal: Fotocopia de finiquito de trabajo y certificado de cotizaciones de los últimos 12 meses, si corresponde.
 2. Trabajadores Dependientes (con contrato de trabajo) del Grupo familiar: última liquidación de sueldo, si corresponde.
 3. Trabajadores dependientes/independientes con licencias médicas: presentar detalle del pago o no pago de las 3 últimas Licencias Médicas, si corresponde.
 4. Trabajadores independientes con iniciación de actividades: certificado del Contador indicando promedio de ingreso mensual y resumen de boleta de honorarios (últimos 12 meses) cuando corresponda.
 5. Pensionados: Última colilla de pago, si corresponde.
 6. Beneficiarios de Subsidios del Estado (Subsidio Único Familiar, Discapacidad y cesantía): Última colilla de pago, si corresponde.
 7. Integrantes con Problemas de Salud:
- Integrantes del grupo familiar (distinto al niño o niña con Enfermedad catastrófica) con enfermedades catastróficas o discapacidad: presentar certificado médico con una antigüedad de 6 meses (contado de la fecha de inicio a la Postulación) o Credencial de Discapacidad.
 8. Pensión de Alimentos: Presentar documentos que acrediten el pago o no pago de la pensión de alimentos de todos los integrantes del grupo familiar que sean menores de edad o mayores de edad hasta los 28 años si son estudiantes y que estén reconocidos legalmente por sus Progenitores. Esto puede ser Acta de Mediación, Acta Tribunal de Familia o estado de cuenta de Cartola del banco actualizada con N° de causa de resolución judicial por Pensión de alimentos. Los Hijos no reconocidos legalmente por sus Padres deben presentar sólo su certificado de nacimiento. En caso de padres inubicables, completar declaración jurada simple, si corresponde.
 9. Estudiantes del Grupo familiar: Certificados de Alumno regular del año 2024 de integrantes que cursen Enseñanza pre-Básica, Básica, Media y Superior, si corresponde.
- Al momento de entregar la totalidad de documentos requeridos (según situación familiar), el Postulante recibirá un acta de recepción de su postulación.



PROCEDIMIENTO Y PLAZOS DE POSTULACION

Evaluación y entrega del beneficio:

La evaluación social estará a cargo de una Comisión de evaluación conformada por 3 profesionales Trabajadores Sociales de Dideso del Depto. De Gestión Social, 3 funcionarios de Dideco (todos con responsabilidad administrativa), además de un profesional del área de la salud Municipal, de profesión médico familiar, quienes evaluarán las condiciones socioeconómicas del grupo familiar y deberán seleccionar a 30 familias para la asignación del beneficio consistente en un aporte único de \$2.000.000 por familia.

Plazo de postulación:

- ✓ Las postulaciones se encontraban abiertas desde el **01 de julio al 23 de agosto de 2024**, se realizarán de forma presencial de lunes a viernes en horario desde las 9.00 a 13.30 hrs, en las oficinas municipales correspondientes al domicilio del postulante que puede ser: Oficina de Caso Social, Centros de Atención social de Santiago Bueras y Paillihue y Centros de Atención Rural de El Peral, Chacayal, Santa Fé, Salto del Laja y San Carlos de Purén.
- ✓ Desde el 26 de agosto al 13 de septiembre de 2024, la Comisión de evaluación seleccionara 30 familias con mejor puntaje, en atención a los criterios de evaluación. En caso de igualdad de puntaje entre Postulantes, predominara si existe otro integrante con enfermedad catastrófica dentro del grupo familiar. Si aun así se mantiene el empate, predominara el ingreso Percapita más bajo del grupo familiar. Si aun así se mantiene el empate predominara el grupo familiar en que el Jefe de Hogar presente precariedad en el empleo (cesantía, trabajo informal)
- ✓ La Publicación de beneficiarios se realizara a más tardar el 27 de septiembre de 2024, se dictara un Decreto Alcaldicio con los nombres de los beneficiarios y será publicado en las Redes Sociales y pagina web del Municipio y además en Oficina de Caso Social, Centros de Atención Social y Delegaciones Municipales.

INDICES DE EVALUACION

Criterio		Ponderación	
Nivel de gastos médicos del grupo familiar <i>*cálculo se realizara en base a total de gastos médicos del niño (a) con enfermedad catastrófica e ingresos declarados por el grupo familiar.</i>	Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 70% del ingreso familiar	100 puntos	50 puntos
	Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 60% y hasta el 70% del ingreso familiar	80 puntos	
	Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 50% y hasta el 60% del ingreso familiar	70 puntos	
	Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 40% hasta el 50% del ingreso familiar	60 puntos	
	Total de gastos médicos del niño (a) ocupan sobre el 30% y hasta el 40% del ingreso familiar	50 puntos	
	Total de gastos médicos del niño (a) son inferiores al 30% del ingreso familiar	30 puntos	
	Atenciones médicas o terapias del niño o niña con enfermedad catastrófica fuera de la Comuna de Los Ángeles	20 puntos	
Integrante del grupo familiar con enfermedad catastrófica o discapacidad (además del niño (a) con enfermedad catastrófica)	20 puntos		
Precariedad en el empleo (trabajo informal, inexistencia de contratos de trabajo)	5 puntos		
Ingreso Percapita del Grupo familiar	Regla de tres considerado el menor valor como base	5 puntos	
Total		100 puntos	

FORMA DE PAGO DEL BENEFICIO

El aporte económico se efectuara a través de un Cheque o transferencia bancaria a



	<p>nombre del Padre, madre (se define por quien ejerza los cuidados del niño o niña) y/o tutor responsable del niño o niña con enfermedad catastrófica. Para ello la Directora de la Dirección de Desarrollo Social enviara un Ord. Al Director de Administración y finanzas, solicitando la emisión del documento de pago, adjuntando el Informe social y sus respaldos. Se debe acompañar Decreto Alcaldicio que sanciona a los Beneficiarios y responsables.</p> <p>El aporte se entrega por única vez al grupo familiar durante el año 2024, considerando que los presupuestos son anuales.</p>												
PERDIDA DEL BENEFICIO	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la familia cambia domicilio a otra Comuna • Cuando un integrante del grupo familiar ingresa a trabajar al Municipio (Salud, Educación, Cementerio y Municipalidad) cualquiera sea su calidad de contractual (Durante la etapa de postulación y evaluación). • Cuando el Postulante presente documentación o información falsa, caso será derivado a los Tribunales de Justicia. 												
PRESUPUESTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIMENSIÓN</th> <th>APOYO</th> <th>DETALLE</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asistencia Social</td> <td>Apoyo social para familias con niños y niñas con cáncer y/o enf. catastrófica</td> <td>Apoyo económico a niños y niñas afectadas por cáncer y/o enfermedades catastróficas</td> <td>60.000.000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">TOTAL PROGRAMA</td> <td>\$ 60.000.000</td> </tr> </tbody> </table>	DIMENSIÓN	APOYO	DETALLE		Asistencia Social	Apoyo social para familias con niños y niñas con cáncer y/o enf. catastrófica	Apoyo económico a niños y niñas afectadas por cáncer y/o enfermedades catastróficas	60.000.000	TOTAL PROGRAMA			\$ 60.000.000
DIMENSIÓN	APOYO	DETALLE											
Asistencia Social	Apoyo social para familias con niños y niñas con cáncer y/o enf. catastrófica	Apoyo económico a niños y niñas afectadas por cáncer y/o enfermedades catastróficas	60.000.000										
TOTAL PROGRAMA			\$ 60.000.000										
IMPUTACIÓN DE GASTOS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESTACIONES SOCIALES</th> <th>CC</th> <th>CUENTA</th> <th>MONTO \$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Apoyo económico a niños y niñas afectadas por cáncer y/o enfermedades catastróficas</td> <td>15.04.12</td> <td>24.04.007.008</td> <td>60.000.000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">TOTAL PROGRAMA</td> <td>\$ 60.000.000</td> </tr> </tbody> </table>	PRESTACIONES SOCIALES	CC	CUENTA	MONTO \$	Apoyo económico a niños y niñas afectadas por cáncer y/o enfermedades catastróficas	15.04.12	24.04.007.008	60.000.000	TOTAL PROGRAMA			\$ 60.000.000
PRESTACIONES SOCIALES	CC	CUENTA	MONTO \$										
Apoyo económico a niños y niñas afectadas por cáncer y/o enfermedades catastróficas	15.04.12	24.04.007.008	60.000.000										
TOTAL PROGRAMA			\$ 60.000.000										
RESPONSABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Directora de Desarrollo Social - Encargada del Departamento de Gestión Social - Encargada Oficina De Caso Social - Encargados de Centros de Atención Social y Delegaciones Municipales 												



LADY MORA CUEVAS
ENCARGADA
DEPARTAMENTO GESTION SOCIAL



SUSANA PARRA GONZALEZ
DIRECTORA
DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

Los Ángeles, 17 de junio de 2024



FICHA DE POSTULACION AÑO 2024

Fecha:

Individualización del Postulante: (Niño o niña con enfermedad catastrófica)

Nombre completo	:				
Run	:				
Edad	:				
Escolaridad	:				
Actividad	:				
Domicilio	:				
Nombre Padre, madre o tutor	:		RUN	:	
Fono contacto	:				
Datos Bancarios del padre/ madre/ tutor	Banco	:	Tipo de cuenta	:	N° de Cuenta

Individualización del Grupo Familiar del niño o niña con enfermedad catastrófica:

N°	Nombre y Apellidos	Parentesco con Solicitante	Edad	Escolaridad	Estado civil	Actividad	Promedio Ingreso Mensual (pensiones de vejez o invalidez, sueldos, subsidios, honorarios, pensión de alimentos, etc)
1							\$
2							\$
3							\$
4							\$
TOTAL INGRESOS							\$

Problemas de Salud: (Integrantes del grupo familiar con enfermedad catastrófica o Discapacidad)

Nombre Integrante	Diagnostico / Discapacidad

Vivienda: Propia ____ Allegados ____ Arrendada ____ Cedida ____ toma irregular ____

Promedio de gastos mensuales del hogar:

Alimentación	Luz eléctrica/ agua	Gastos médicos	Gas	Calefacción	Arriendo	Dividendo
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Paños desechables	Cable, Internet, celular	Locomoción/ combustible	Educación	Vestuario / calzado	Otro	Total gastos
\$	\$	\$				

* Adjuntar boletas de principales gastos, si corresponde

Detalle de gastos médicos del niño o niña con enfermedad catastrófica (mensuales):

Medicamentos	Alimento especial	Exámenes	Locomoción / combustible	Estadías en otra comuna	Atenciones medicas
\$	\$	\$	\$	\$	\$

Terapias	Otros (mencionar)	Total gastos médicos mensuales
\$	\$	\$

* En este ítem se deben considerar gastos mensuales permanentes del niño (a) con enfermedad catastrófica. En el caso de costear medicamentos que alcancen a cubrir tratamiento por más de 1 mes, se debe hacer el cálculo del gasto mensual. Se deben adjuntar boletas.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

Observación: El padre, madre o tutor debe ser parte del grupo familiar del niño o niña con enfermedad catastrófica, según Registro Social de Hogares.



DECLARACION JURADA SIMPLE

YO

RUN N°

Declaro que:

No mantengo contacto con mi Padre ____ Madre ____ (marcar con una X) Don o Doña.....

RUN N°..... **por encontrarse inubicable**, por lo que a la fecha **no me entrega apoyo económico** por pensión de alimentos.

** Padre/ madre inubicable: es aquel progenitor con el cual no se mantiene contacto posterior al nacimiento y/o reconocimiento paterno/materno.*

Doy fe que la información declarada es fidedigna.

Firma del Declarante

Fecha, _____

Documento de uso exclusivo para postulación a aporte económico para familias con niños (as) con enfermedades catastróficas año 2024



DECLARACION JURADA SIMPLE TRABAJADOR INFORMAL

YO

RUN N°

Declaro que:

Desempeño trabajos informales y/o ocasionales como _____,
actividad que me genera un ingreso promedio mensual de \$ _____.

Doy fe que la información declarada es fidedigna.

Firma del Declarante

Fecha, _____



Acta de Recepción Postulación aporte económico para familias con niños con enfermedades catastróficas año 2024

(Marcar con X)

SI	NO	NO CORRESPONDE	Documentos presentados por el Postulante
			Ficha de Postulación
			Certificado Registro Social de Hogares
			Certificado del médico o especialista tratante del niño (a), que indique que la patología corresponde a una <u>enfermedad catastrófica o "enfermedad rara" y que conlleve altos costos en su tratamiento.</u>
			Fotocopia Cedula de Identidad de todos los integrantes del grupo familiar o Certificado de nacimiento, si corresponde.
			Fotocopia de finiquito de trabajo y certificado de cotizaciones de los últimos 12 meses de todos los integrantes del grupo familiar que se encuentren cesantes o sin contrato de trabajo. Declaración jurada simple de ingresos en caso de trabajos informales.
			Ultima liquidación de sueldo de todos los integrantes de la familia que mantengan calidad de Trabajador dependiente.
			Integrantes con reposos laboral / licencia médica, presentar detalle del pago o no pago de las ultimas 3 licencias médicas.
			Trabajadores Independientes con iniciación de actividades del grupo familiar: presentar Resumen de boletas de honorarios y Certificado del contador donde indique ingreso promedio mensual cuando corresponda.
			Última colilla de pago de Beneficiarios de Subsidios (SUF, subsidio a la discapacidad y Sub. de Cesantía) y pensiones (de Invalidez y Vejez).
			Integrantes con enfermedades catastróficas o discapacidad: presentar certificado médico con una antigüedad de 6 meses que indique diagnostico o Credencial de Discapacidad.
			Certificado de Alumno regular de todos los integrantes del grupo familiar que cursen educación pre básica, básica, media y superior.
			Copia de Boletas de los principales gastos del hogar: luz, agua, gas, internet, cable, celular, comprobantes de créditos de consumo, hipotecarios, arriendos, gastos médicos y pensión de alimentos.
			Copia del Acta de mediación, acta del Tribunal de Familia, Estado de cuenta de cartola del banco con N° de causa judicial por pensión de alimentos , actualizada de todos los integrantes menores de edad y mayores hasta los 28 años y que estén reconocidos legalmente por sus progenitores. Declaración jurada simple en caso de padres inubicables

Fecha de entrega (con timbre) _____

Nombre y Firma del Padre/Madre/ Tutor _____

Firma y observación profesional USO EXCLUSIVO DE PROFESIONAL QUE RECEPCIONA DOCUMENTACION	
---	--

Fecha de entrega _____