

FICHA DE POSTULACION Aporte económico para familias con niños y niñas con enfermedades catastróficas año 2025

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 | |  | Nºde 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 |
|  |  |
|  |  |

Este documento es de uso exclusivo para postulación a 2DA CONVOCATORIA

“APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS 2025”

Vivienda: Propia …….. Adquirente……… Arrendada………. Cedida……….. Allegado……….

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 Médicas | Terapias | Otros  (mencionar) | Total de 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 I mes, se debe hacer el cálculo del gasto mensual. Se deben adjuntar boletas..

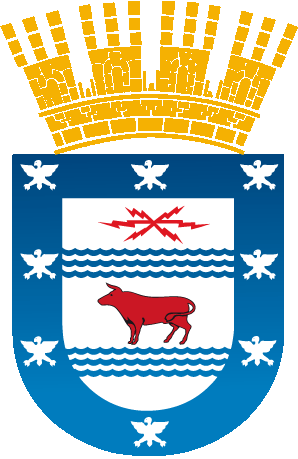
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Este documento es de uso exclusivo para postulación a 2DA CONVOCATORIA

“APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS 2025”

****

M**UNICIPALIDAD DE** L**OS** A**NGELES**

DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

YO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Declaro:**

**No tener contacto con mi** Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (marcar con una X) Don o Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Doy fe que la información declarada es fidedigna.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Declarante**

LOS ÁNGELES, \_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Este documento es de uso exclusivo para postulación a 2DA CONVOCATORIA

“APORTE ECONÓMICO PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS 2025”