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

FECHA: D D - M M - A A A A

PROCEDIMIENTO DE: ☐ AFILIACIÓN ☐ AUTORIZACIÓN DE COBRO ☐ RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (complete con letra imprenta)

1.1 DNI:

1.2 DEPARTAMENTO:

1.3 PROVINCIA:

1.4 DISTRITO:

1.5 DIRECCIÓN:

1.6 REFERENCIA:

1.7 APELLIDO PATERNO:

1.8 APELLIDO MATERNO:

1.9 NOMBRES:

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO: (CELULAR)

- 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.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como tambén la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☐ SI ☐ NO

FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en casos que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI:

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO: ☐ MADRE(1) ☐ PADRE(2) OTRO(3) especificar .....

2.3 APELLIDO PATERNO:

2.4 APELLIDO MATERNO:

2.5 NOMBRES:

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO:

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con el/ella en la misma vivienda.

2. Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión 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).

3.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.

4. Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros)

5. 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).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE

PNPDS-CONTIGO-MIDIS N. VILLAVICENCIO C. Coordinadora Tecnica

PNPDS - CONTIGO - MIDIS V°B° R. VARGAS G. COORDINADOR (e) UOP