

**FORMULARIO PARA POSTULACION PROGRAMA SUBSIDIO DE  
TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD AÑO 2017**

**1. DATOS PERSONALES:**

**ANTECEDENTES PERSONALES DEL POSTULANTE:**

Nombres	
Apellidos	
Domicilio	
Rut	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Grado de discapacidad	
Nombre del colegio o institución a la que asiste	
Nivel o taller a cursar	
Correo electrónico	
Teléfono	

**ANTECEDENTES PERSONALES DEL APODERADO:**

Nombres	
Apellidos	
Domicilio	
Rut	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Actividad	
Correo electrónico	
Teléfono	

Indique si ha obtenido este u otro beneficio municipal:

Sí  No  Cual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTES SOBRE EL INGRESO FAMILIAR

(Indique todas las personas que viven en el hogar del postulante, él incluido)

N°	Nombre y Apellidos	Parentesco (con el postulante)	Edad	Actividad u oficio	Ingresos mensuales
1					\$
2					\$
3					\$
4					\$
5					\$
6					\$
7					\$
8					\$
9					\$
10					\$
	Ingreso per cápita = Sumatoria de los ingresos señalados, dividido por N° de integrantes del grupo familiar.				\$

Ptje.

### A. CATEGORÍA OCUPACIONAL DEL JEFE DE HOGAR

Activo   
  Activo Ocasional   
  Jubilado o pensionado   
  Cesante   
  Ptje.

### B. VIVIENDA: (Datos de la vivienda en que reside el postulante)

Propietario   
  Arrendatario   
  Usufructuario   
  Allegado   
  Ptje.

### C. FACTORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL (de algún miembro del grupo familiar, demostrable con diagnóstico médico - en el caso de enfermedad grave - o Certificado del COMPIN en el caso de Discapacidad).

Enferm. grave   
  Alcoholismo o drogadicción   
  Discapacidad   
  Ptje.

Fecha postulación

Firma Apoderado o postulante

\_\_\_/Marzo/2017