



**SOLICITUD DE AYUDA CASA DE REPOSO PARA ADULTOS MAYORES**

<b>Nombre Completo</b>	:			
<b>Rut</b>	:			
<b>Teléfonos</b>	:			
<b>Domicilio</b>	:		<b>Comuna:</b>	

**a) ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR QUE COMPARTEN UN MISMO TECHO.**

<b>Nombres</b>	<b>Apellidos</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Fecha Nacimiento</b>	<b>Actividad Lugar</b>
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				
6.-				

**b) ANTECEDENTES DE SALUD**

Identifique estado de salud y necesidades que deriva de su cuadro médico y los costos mensuales de salud del afiliado y su grupo familiar dependiente.

<b>Nombres</b>	<b>Apellidos</b>	<b>Diagnóstico Médico</b>	<b>Costo Mensual Aprox.</b>

**c) Responda las siguientes preguntas de autovalencia marcando con una X.**

<b>Preguntas</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	<b>Aveces</b>
Usted mantiene problemas de desplazamiento que requieran de la ayuda de otra persona			
Presenta problemas de movilidad			

Se encuentra en condiciones de utilizar medios de transporte, bañarse, vestirse, ir de compras, alimentarse y realizar las actividades cotidianas de forma autónoma.

**d) ANTECEDENTES DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR.**

Ingresos Mensuales	Remuneración	Asignación	Gratificación	Arriendo	Ayudas	Otros
Afiliado						
Cónyuge						
Otros ingresos						
<b>Total Ingresos</b>						

**Usted dispone de alguna red de apoyo que lo ayude actualmente.**

Si	No	Tipo de Ayuda
		Red de apoyo (familiares, Instituciones etc.)

**e) REGISTROS DE BIENES**

Propiedades u Otros Bienes	Observaciones
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	

**f) OTROS**

**Observaciones que estima necesario consignar :**


**Documentos de respaldo que se adjuntan**

Liquidación de pensión (últimos 3 meses)	
Formulario de postulación y Comprobantes de otros ingresos del grupo familiar	
Certificado(s) de avalúo de propiedad(es) o fotocopia padrón vehículo.	
Fotocopia firmada de su Cedula de Identidad.	

\_\_\_\_\_  
Firma Solicitante

Fecha Postulación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_