



Dideco
Solicitud Pensión Básica Solidaria de Invalidez

Descripción	Permite acceder a un monto de 102 mil 897 pesos a personas entre 18 años y menores de 65 años que son declaradas con invalidez y que no tienen derecho a pensión en algún régimen previsional, ya sea como titulares o beneficiarios de una pensión de sobrevivencia. Éste se reajustará automáticamente, el 1 de julio de cada año, en el 100% de la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) de los últimos 12 meses, contados desde el último reajuste. No obstante, cuando la variación del IPC supere el 10%, el reajuste será inmediato, aunque no hayan transcurrido 12 meses. Este beneficio está sujeto a un proceso de revisión por parte del Instituto de Previsión Social (IPS), destinado a verificar que el beneficiario mantiene todos los requisitos exigidos por la ley.
Horario y Lugar	Pedro Montt 249, de Lunes a Viernes de 8:30 a 14:00 horas
Dirigido a	Mayores de 18 años Menores de 65 años
Requisitos	1.No tener derecho a pensión en algún régimen previsional ya sea como titular de la pensión o en calidad de beneficiario de pensión de sobrevivencia. 2.Tener a lo menos 18 años de edad y ser menor de 65 años. 3.Haber sido declarado invalido por las Comisiones Medicas definidas en el D.L. N° 3.500, de 1980. 4.Acreditar 5 años continuos o discontinuos de residencia en Chile en los últimos 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud para acogerse a los beneficios. 5.Integrar un grupo familiar perteneciente al porcentaje más pobre de la población de Chile (1.206 puntos o menos en Índice de Focalización Previsional).
Trámites a realizar	Dirigirse a la Dirección de Desarrollo Comunitario, específicamente en la Unidad de Subsidios de la Municipalidad, con toda la documentación requerida, El trámite debe realizarse personalmente.
Costo	Gratuito
Duración del Trámite	4 meses
Unidad Responsable	Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO)
Trámite en Línea	No




Formulario Previsional Chile a la par
FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE BENEFICIOS LEY 20.255

N°

En de de de

Yo, RUT GÉNERO F M

Apellido Paterno Apellido Materno

Nombres

De Nacionalidad Estado Civil Fecha Nacimiento

Comisaría(s) en / calle / pasaje Número Block

Dpto N° Población / Villa Comuna

Ciudad Teléfono

SOLICITO EL BENEFICIO DE

<input type="checkbox"/> PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA DE VEJEZ* por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 20 años, continuos o discontinuos, con tanto tiempo que cumpla los 25 años de edad o cumplido el 100% del tiempo o los declarados cuando se retiran. 2. Que tengo al menos 4 años de residencia en el territorio de la República de Chile en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.	<input type="checkbox"/> APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO DE VEJEZ*, por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 20 años, continuos o discontinuos, con tanto tiempo que cumpla los 25 años de edad o cumplido el 100% del tiempo o los declarados cuando se retiran. 2. Que tengo al menos 4 años de residencia en el territorio de la República de Chile en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.
<input checked="" type="checkbox"/> PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA DE INVALIDEZ* por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 5 años, dentro de los 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud. 2. Que en el caso de haber sido afiliado a Seguro Obligatorio, ya sea por medio o mediante de adscripción voluntaria, que en todo caso he pagado o estoy pagando un aporte mensual de 50 días de mieldo o su equivalente al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no perder el beneficio de pensión de Previsión Social Solidaria de Invalidez.	<input type="checkbox"/> APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO DE INVALIDEZ*, por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 5 años, en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la presente solicitud. 2. Que en el caso de haber sido afiliado a Seguro Obligatorio, ya sea por medio o mediante de adscripción voluntaria, que en todo caso he pagado o estoy pagando un aporte mensual de 50 días de mieldo o su equivalente al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no perder el beneficio de pensión de Aporte Previsional Solidario de Invalidez.
<input type="checkbox"/> BONO POR HIJO, por lo que declaro: 1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 20 años continuos o discontinuos, con tanto tiempo que cumpla los 25 años de edad o, que además tengo, al menos, 4 años de residencia en el país en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la presentación de esta solicitud. 2. Que no estoy convalidado en esta solicitud por impresión de la realidad y según la información de cualquier otro registro en el otorgamiento de la respectiva beneficiación en caso que los datos registrales no sean los correctos.	

COPIA SOLICITANTE

El resultado de esta solicitud se notificará en:

Domicilio

Centro de Atención Previsional

Solicito que el pago mensual del beneficio indicado en esta solicitud se realice:

En Cuenta Bancaria N°

Banco

Tipo de Cuenta

Subcuenta Banco

En Efectivo
Plaza Pago de

Pago Rural de

ADÉMÁS SOLICITO RECIBIR INFORMACIÓN AL CORREO ELECTRÓNICO

O AL TELÉFONO

También solicito al Instituto de Previsión Social para que realice las actividades que estime necesarias. Con el solo objeto de verificar el cumplimiento de los requisitos para acceder al beneficio solicitado; tanto a las Subsecretarías de Previsión Social, a los Comités de Seguro de Vida, al Servicio de Impuesto Interno y a otras instituciones públicas o privadas.

En caso de estar o haber estado o percibir, ya sea como titular o en calidad de beneficiario de pensión de sobrevivencia, me comprometo a dar aviso en un plazo máximo de 30 días de dicha situación al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no perder el beneficio solicitado.

NOMBRE, FIRMA Y RUT SOLICITANTE O REPRESENTANTE

NOMBRE, FIRMA, RUT Y TIMBRE FUNCIONARIO AUTORIZADO



N° DE FOLIO SISTEMA

Previamente deberá que se verifique el beneficio de pensión solicitada o el derecho de pensión que se solicita, en el momento de beneficiación del sistema de pensiones Solidarias de Seguro.