



Dideco
Solicitud Resolución de Invalidez para D.L 869

Descripción	El subsidio de discapacidad mental para menores de 18 años es un aporte monetario mensual de 66 mil 105 pesos (monto a partir de enero de 2017) que se entrega a todos aquellos menores en situación de discapacidad mental, que no tengan previsión, y que sean de escasos recursos. Éste se reajustará automáticamente, el 1 de enero 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.
Horario y Lugar	Pedro Montt 249, de Lunes a Viernes de 8:30 a 14:00 horas
Dirigido a	Personas Menores de 18 años
Requisitos	1.Personas Deficientes Mentales (con 75% de discapacidad) 2.De escasos recursos (según la ficha de protección social) 3.Carentes de previsión social 4.Residentes de la Comuna. 5.Menores de 18 años 6.Resolución aprobada por la Comisión Médica de Invalidez (COMPIN)
Trámites a realizar	1.- Entrevista 2.- Entrega de formulario D.L. 869, para ser llenado por el médico tratante. Una vez completado el formulario debe devolverlo a la oficina municipal. 3.- Solicitud de documentación necesaria. 4.- Formulario D.L869, envía a COMPIN, para acreditación de Invalidez. 5.- Verificación de cumplimiento de antecedentes, recepción y completación de documentación. 6.- Postulación en Plataforma de Ministerio de Desarrollo Social 7.- Envío de prelación de postulaciones según calendario emitido mensualmente por Intendencia (por sistema y documental) 8.- Intendente de la Región Metropolitana dicta resolución de Asignación de beneficio 9.- Al mes siguiente de la resolución se otorga orden de pago Dirigirse a la Dirección de Desarrollo Comunitario, específicamente en la Unidad de Subsidios de la Municipalidad, con toda la documentación requerida, El tramite debe realizarse personalmente.
Costo	Gratuito
Duración del Trámite	Preguntar personalmente en DIDECO
Unidad Responsable	Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO)
Trámite en Línea	No

RESOLUCIÓN DE INVALIDEZ PARA D.L. 869
USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD CUANDO SE SOLICITA
PENSIÓN ASISTENCIAL DE INVALIDEZ

FOLIO

MUNICIPALIDAD DE _____

CÓDIGO

FECHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

SOLICITA A LOS SERVICIOS DE SALUD, QUE CERTIFIQUEN LA INVALIDEZ Y/O EDAD FISIOLÓGICA DE LA PERSONA IDENTIFICADA A CONTINUACIÓN, PARA OPTAR A LA PENSIÓN DISPUESTA EN EL D. L. 869.

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE COMPLETO SOLICITANTE	CEDULA DE IDENTIDAD
<input type="text"/>	
DOMICILIO INTERESADO	

II. INFORMACIÓN SALUD

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODIGO	COMPIN	FECHA RECEP.COMPIN
<input type="text"/>		<input type="text"/>
NOMBRE MEDICO TRATANTE		SERVICIO
<input type="text"/>		
VERIFICACIÓN DE DOMICILIO – COMPIN (SE EFECTUARA EN CASO DE DUDAS)		

III. CERTIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y O EDAD FISIOLÓGICA MEDICO TRATANTE

FECHA CERTIFICACIÓN

EL SERVICIO DE SALUD DE _____ PREVIA VERIFICACIÓN DE DOMICILIO DE LA IDENTIDAD DEL SOLICITANTE INDIVIDUALIZADO EN ESTE FORMULARIO CERTIFICA LO SIGUIENTE:

1. EDAD FISIOLÓGICA AÑOS
2. INVALIDEZ
3. DIAGNÓSTICO:

.....
.....

INDIQUE LA RECUPERABILIDAD DEL SOLICITANTE (SI PROCEDE) Y MEDIOS PARA OBTENERLA

.....
.....

INCAPACIDAD: IGUAL O SUPERIOR A 2/3 (INCAPACIDAD MENOR A 2/3 NO DA DERECHO AL BENEFICIO)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE MEDICO INFORMANTE	R.U.T

FIRMA Y TIMBRE MEDICO

IV. INFORME MEDICO EXAMINADOR DE LA COMISION O ESPECIALISTA

.....
.....
.....

NOMBRE MEDICO INFORMANTE

.....
FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

DICTAMEN DE LA COMISION DE INVALIDEZ

RESOLUCIÓN N°

--

FECHA

--	--	--

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REUNIDA Y EXAMANES PRACTICADOS PUEDEN ESTABLECERSE LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

1. DIAGNOSTICO

.....
.....
.....

2. GRADO DE INCAPACIDAD: IGUAL A 2/3 (INCAPACIDAD MENOR DE 2/3 NO DA DERECHO AL BENEFICIO) (LA CAUSA DE INVALIDEZ NO SE DEBE A UN ACCIDENTE DEL TRABAJO PROFESIONAL)

3. CONCLUSIÓN: EL SR. (A)

..... (INDIVIDUALIZADO EN EL ANVERSO DEL PRESENTE FORMULARIO) REUNE NO REUNE LOS REQUITOS DE INCAPACIDAD QUE LE PERMITEN OPTAR A LA PENSION ASISTENCIAL DE INVALIDEZ, DISPUESTA POR EL D.L. N° 869.

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

.....
SECRETARIA COMPIN

.....
V° B° MEDICO CONTRALOR

.....
**PRESIDENTE DE COMISION DE MEDICINA
PREVENTIVA E INVALIDEZ
(FIRMA Y TIBRE)**

ESTE DOCUMENTACIÓN NO ES VALIDO SI NO LLEVA EL TIMBRE DE AGUA DE LA COMISION DE INVALIDEZ