



**Dideco**  
**Solicitud de Postulación Subsidio Discapacidad**

<b>Descripción</b>	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.
<b>Horario y Lugar</b>	Pedro Montt 249, de Lunes a Viernes de 8:30 a 14:00 horas
<b>Dirigido a</b>	Toda persona menor hasta 18 años.
<b>Requisitos</b>	Son beneficiarios, por intermedio de las personas que están encargadas de cuidarlos: Las personas menores de 18 años que hayan sido declaradas con discapacidad mental por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, COMPIN, correspondiente a su domicilio. Las personas deben estar en el Registro Social de Hogares y pertenecer a hogares del 20% de mayor vulnerabilidad. En caso de tener ingresos propios, éstos deben ser inferiores al 50% de la pensión mínima. Adicionalmente, el promedio de los ingresos de su núcleo familiar -si los hubiere- debe también ser inferior al 50% de la pensión mínima. No deben tener previsión social, así como tampoco estar recibiendo ningún otro tipo de subsidio, ya que este beneficio es incompatible con otra pensión. Deben tener una residencia continua en el país de al menos tres años inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud del beneficio.
<b>Trámites a realizar</b>	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.
<b>Costo</b>	Gratuito
<b>Duración del Trámite</b>	4 meses
<b>Unidad Responsable</b>	Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO)
<b>Trámite en Línea</b>	No

Ilustre Municipalidad de Purranque  
 Sistema Subsidios - Mideplan

**Solicitud de Postulacion Subsidio Discapacidad Mental**

Antecedentes Generales			
I. Municipalidad de	<input type="text"/>	Folio	<input type="text"/>
Fecha Presentación	<input type="text"/>	Fecha FPS	<input type="text"/>
Folio FPS	<input type="text"/>	Puntaje FPS	<input type="text"/>
Lugar Pago	<input type="text"/>		Forma Pago
N° Resolución	<input type="text"/>	Fecha Resolución	<input type="text"/>
<small>(USO EXCLUSIVO INTENDENCIA)</small>			

Antecedentes Beneficiario			
Rut	<input type="text"/>	DV	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>		Sexo
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>		
Tipo Pensión	<input type="text"/>		

Opción por Discapacidad Mental	
Renuncia a:	<input type="text"/>
Entidad Pagadora del Beneficio	<input type="text"/>

Identificación Tutor					
Rut Tutor	<input type="text"/>	DV	<input type="text"/>	Ap. Paterno	<input type="text"/>
Ap. Materno	<input type="text"/>		Nombre	<input type="text"/>	
N° Resolución	<input type="text"/>	Fecha Resolución	<input type="text"/>	Causa Rol	<input type="text"/>
Jugado	<input type="text"/>	Comuna	<input type="text"/>		

Antecedentes de Funcionarios Responsables	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre, Firma y Timbre de Funcionario Municipal

Nombre, Firma y Timbre de Funcionario Intendencia

## DECLARACION JURADA

El que suscribe declara bajo juramento :

El solicitante del beneficio en representación de una persona con discapacidad mental menor de 18 años de edad declara bajo juramento;

Que la persona con discapacidad mental cuenta con residencia continua en el país durante los últimos tres años;

Que la persona con discapacidad mental en la actualidad carece de recursos o que tanto su ingreso personal como el promedio de todos los ingresos de su núcleo familiar es inferior al 50% de la pensión mínima del inciso 2° del artículo 25 de la Ley N°15.386;

Que la persona con discapacidad mental no goza de ningún tipo de pensión, o que de gozar de alguna, en cumplimiento del artículo 5° del D.L. N°86B, opta por percibir el subsidio a que se refiere el artículo 35 de la Ley N°20.255;

Que faculta expresamente a la Entidad Previsional que corresponda, para que en caso de determinarse que reúne los requisitos para obtener pensión de algún régimen previsional, le conceda dicha pensión en vez del subsidio para personas con discapacidad mental para menores de 18 años de edad solicitado y siempre que la pensión a conceder sea de mayor monto;

Que en el evento de ser causante de subsidio familiar o asignación familiar, opta por percibir el subsidio para personas con discapacidad mental menores de 18 años de edad que está solicitando y por lo tanto renuncia a dicho beneficio en caso de serle concedido el subsidio para personas con discapacidad mental menores de 18 años de edad;

Que la persona con discapacidad mental menor de 18 años se encuentra en la actualidad bajo mi cuidado permanente;

Que asumo la responsabilidad correspondiente por cualquier omisión, falsedad en los datos de esta solicitud y en la presente declaración, quedando sujeto a cualquier verificación que la Municipalidad, la Intendencia o Ente Pagador considere necesario efectuar; y

Que, finalmente, vengo en dejar expresa constancia, bajo juramento, que los datos consignados y declaraciones formuladas son ciertas y verdaderas, y que de no serlas, se expone a sufrir sanciones de acuerdo al artículo 467 del Código Penal.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital Beneficiario o  
Tutor según corresponda