**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

1. **IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN POSTULANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN POSTULANTE | | | |
| Nombre completo de la organización |  | | |
| RUT de la organización |  | | |
| Dirección de la organización |  | | |
| Región |  | Comuna |  |
| Teléfono contacto organización |  | | |
| Correo electrónico organización |  | | |
| Tipo de Cuenta Bancaria |  | Banco |  |
| N° Cuenta Bancaria |  | | |
| Tipo de Organización | * Municipalidad * Fundación * Corporaciones * ONG * Otro tipo | | |

1. **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL | | | |
| Nombre completo |  | | |
| RUT |  | | |
| Profesión u oficio |  | | |
| Dirección de la organización |  | | |
| Región |  | Comuna |  |
| Teléfono fijo |  | | |
| Teléfono celular |  | | |
| Correo electrónico |  | | |

1. **DATOS DEL COORDINADOR DEL PROGRAMA**

La persona que coordina el proyecto, y será la contraparte para establecer una comunicación entre el Departamento de Acción Social y la agencia. Las notificaciones emanadas de las distintas etapas del proceso de postulación, serán enviadas al correo electrónico del coordinador del proyecto informado por la organización al momento de postular, salvo para aquellos casos en que las bases dispongan otro mecanismo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATOS DEL COORDINADOR DEL PROGRAMA | | | |
| Nombre completo |  | | |
| RUT |  | | |
| Profesión u oficio |  | | |
| Región |  | | |
| Teléfono fijo |  | Comuna |  |
| Teléfono celular |  | | |
| Correo electrónico |  | | |
| Cargo en la Institución |  | | |
| Tiempo en la Institución |  | | |

1. **DATOS DEL PROYECTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATOS DEL PROYECTO | | | |
| Nombre del proyecto: |  | | |
| Región (es) de ejecución |  | | |
| Comuna(s) de ejecución |  | | |
| Tipo de proyecto a postular | * Local | * Regional | * Nacional |
| Temática del Proyecto | * Curso de Español. * Capacitación Laboral. * Duelo migratorio. * Alfabetización digital. * Cursos incubadora y proyección de negocios * Dinamización de espacios de desarrollo personal y profesional para mujeres inmigrantes. * Talleres de inclusión, recreación y cultura para niños y niñas inmigrantes. * Línea de financiamiento individual. | | |
| Marque esta opción si su proyecto considera este enfoque | * Enfoque de Género. * Enfoque de Niñez. | | |

**Importante:**

1. **Proyecto Local:**

Se entenderá por proyecto local, todo aquel que se desarrolle o tenga impacto directo en una sola comuna de una región. La organización ejecutante debe tener su domicilio en la comuna donde tenga impacto el proyecto.

1. **Proyecto Regional:**

Se entenderá por proyecto regional aquel proyecto que se ejecute dentro de una misma región, con impacto directo en dos o más comunas de ella.

1. **Proyecto Nacional:**

Se entenderá por proyecto nacional aquel proyecto que se ejecuta y tiene impacto directo en dos o más regiones del país o en todo el país.

1. **RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO**

A continuación la organización postulante deberá realizar un breve resumen del proyecto, el cual, en pocas palabras, deberá dar cuenta a qué personas va dirigido el proyecto, además de exponer claramente un diagnóstico, objetivos y los resultados que espera la organización.

|  |  |
| --- | --- |
| RESUMEN EJECUTIVO | |
| ¿Qué se quiere realizar? (Extensión máxima: 1.000 caracteres) |  |
| ¿Por qué se quiere realizar el proyecto? (Extensión máxima 1.000 caracteres) |  |
| ¿Qué resultados se esperan alcanzar con la ejecución del proyecto? (Extensión máxima 1.000 caracteres) |  |

1. **ANTECEDENTES GENERALES: POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA EL TRABAJO CON LA POBLACIÓN INMIGRANTE**

|  |
| --- |
| 1. Descripción del contexto migratorio territorial en que se desenvuelve la institución (Indicar flujos migratorios, nacionalidades, variables de género, grupo etario y cualquier otro dato cualitativo que ayude a la caracterización de la población refugiada y solicitante de refugio en el territorio) Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Descripción de las áreas de trabajo que aborda la institución en torno al tema refugio. Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Descripción de la experiencia en el trabajo con la población refugiada y solicitante de refugio en particular (referida a su trayectoria, años de funcionamiento, hitos relevantes y/o actividades realizadas). Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Coordinaciones existentes con instituciones de la red pública y/o privada en complementariedad para este programa. Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Experiencia en la ejecución de recursos públicos. Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Descripción del equipo de trabajo que estará a cargo de la ejecución de este programa. Detallar la experiencia con la población migrante, cantidad de profesionales, perfil de profesiones, tiempo de trabajo dentro de la organización. |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Descripción de las principales motivaciones que llevaron a la organización a postular. Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA**

|  |
| --- |
| 1. Describa la situación y/o problema que aborda el proyecto. Incluyendo la situación actual de los beneficiarios del proyecto y los antecedentes claves para comprender el problema, las causas y consecuencias. Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Describa el efecto y la evolución del problema (Identificar como el problema ha evolucionado con el correr del tiempo y el impacto que está teniendo en la población). Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Justificación del programa (Describir las razones por las cuales es importante la realización de este programa y como esto tendrá un impacto en la población). Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. ¿Cuál es el impacto esperado? ¿Cómo lo medirá? Caracteres sin considerar espacios: mínimo 1.000 máximo 2.000 |
|  |

1. **OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| OBJETIVOS DEL PROGRAMA | |
| 1. Objetivo general ¿Cuál es el fin último que persigue el proyecto para abordar la situación descrita en el diagnóstico? (Corresponden a aquellas metas o fines generales que busca alcanzar con la intervención del programa. Se utilizan verbos de acción, por ejemplo: promover, conocer, fortalecer, integrar, potenciar, reivindicar, etc.) |  |
| 1. Objetivos específico describa acciones concretas mediante las cuales se logrará alcanzar el objetivo general (no confundir con actividades) (Corresponden a aquellos logros que se esperan con el desarrollo de la intervención, respondiendo a qué, cuándo y cuánto. Indican los pasos a seguir para alcanzar los objetivos generales. Se utilizan verbos de acción, por ejemplo: diseñar, identificar, resolver, validar, actuar, intervenir, etc.) |  |

1. **COBERTURA DEL PROGRAMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COBERTURA DEL PROGRAMA | DESCRIPCIÓN | PROYECCIÓN POBLACIÓN BENEFICIADA (N°) |
| Población objetivo (corresponde a la población que presenta el problema que se puede incluir en la intervención. Es necesario definirla a partir de su grupo etario, una localización geográfica y carencias específicas) |  |  |

1. **PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES**

Para efectos de este Programa tomaremos en consideración los siguientes tipos de actividades necesarias para consecución de los objetivos.

1. **Planificación:** Las actividades de planificación son las que realiza internamente el equipo de trabajo para organizar y coordinar la(s) actividad(es) principal(es). Sólo es necesario identificar de forma general las acciones de planificación que contempla el proyecto. Es importante destacar que las actividades de planificación tienden a prescindir de beneficiarios directos.
2. **Difusión:** Las actividades de difusión se efectúan para dar a conocer el proyecto a la comunidad.
3. **Inauguración:** La(s) actividad(es) de inauguración es la que se realiza el lanzamiento del proyecto y se realiza antes de la ejecución. Puede contemplar la invitación de autoridades.
4. **Implementación:** La(s) actividad(es) de implementación son la parte central del proyecto. Se pueden incluir, por ejemplo, talleres o módulos temáticos, capacitaciones, charlas, encuentros masivos, actividades recreativas.
5. **Evaluación:** La evaluación del programa es fundamental a la hora de evaluar el impacto de la ejecución. Se puede incluir, por ejemplo, pruebas de conocimiento, encuestas de satisfacción, análisis de la empleabilidad de los alumnos luego de haber realizado el curso, etc.
6. **Cierre:** En esta actividad se finaliza el proyecto. Puede contemplar la invitación de autoridades.

A continuación se presentará un formato de ficha descriptiva de actividades. Es importante recordar que se deben incluir tantas fichas como actividades tenga el proyecto. De igual manera, se incluye una ficha técnica para aquellas organizaciones que se encuentren postulando a cursos/talleres, siendo necesario abordar la metodología y contenidos a desarrollar.

|  |
| --- |
| IMPORTANTE: RECUERDE QUE DEBE PRESENTAR TANTAS FICHAS COMO ACTIVIDADES TENGA EL PROYECTO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FICHA DE ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | | |
| SELECCIONAR EL TIPO DE ACTIVIDAD | * Planificación | | * Difusión | | | * Inauguración | | * Implementación | | | * Evaluación | | * Cierre |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD |  | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de ejecución |  | | | | | | | | | | | | |
| Dirección |  | | | | | | | | | | | | |
| Región |  | | | | Comuna | | | |  | | | | |
| Fecha de ejecución  tentativas | Fecha Inicio | | |  | | | Fecha término | | |  | | | |
| Beneficiarios directos[[1]](#footnote-1) | Mujeres | N° | | | Hombres | | N° | | Total | | | N° | |
| Descripción y temática. Detalle en qué consiste la actividad y que se pretende lograr con ella. Extensión máxima: 500 caracteres |  | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| IM  PORTANTE RECUERDE QUE DEBE INCLUIR TANTAS FICHAS COMO CURSOS/TALLERES TENGA EL PROYECTO  [[2]](#endnote-1) |

A cada aprendizaje esperado le corresponde una fila, éstos a su vez van asociado a contenidos, actividades prácticas y su metodología. Para esto agregar todas las filas que sean necesarias.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FICHA DE CURSO/TALLER | | | | | | | | | | | |
| Nombre del curso/taller |  | | | |  | | | | | | |
| Cantidad de horas |  | | | |  | | | | | | |
| Cantidad de módulos |  | | | |  | | | | | | |
| Beneficiarios directos | Mujeres | N° | | Hombres | |  | | N° | | Total | N° |
| Aprendizaje esperado | | | **Contenidos y actividades prácticas** | | | | **Metodología** | | **Fecha tentativa** | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |

1. **INFORMACIÓN SOBRE MEDICIÓN DE LOGROS Y RESULTADOS**

En esta sección se deberá plasmar la medición de logros y resultados, se buscará responder las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo va a medir el cumplimiento de los objetivos del proyecto?
2. ¿Cómo formulará los indicadores de logro?
3. ¿Qué metas se propone el proyecto?
4. ¿Cuáles serán los medios de verificación?

La formulación de resultados deberá dar cuenta del cumplimiento de los objetivos del proyecto.

Ejemplo 1: Capacitar a 100 mujeres en temáticas de liderazgo.

Ejemplo 2: Aplicar prueba de conocimientos adquiridos en el curso de formulación de proyectos

Para esto agregue todas las filas que sean necesarias.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEDICIÓN DE LOGROS Y RESULTADOS | | |
| Resultados esperados (Indicador) | **Meta (cuantifique el resultado esperado del proyecto)** | **Medios de verificación (fotografías, correos electrónicos, encuestas, etc.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **DESCRIPCIÓN PRESUPUESTARIA**

Para efectos de este programa, el presupuesto es posible de dividirlo en dos categorías:

* Gastos operacionales
* Gastos a Honorarios/ Contratación de servicios de Capacitación Laboral

A continuación se presentará un formato de ficha descriptiva para cada una de las categorías de gastos. Es importante recordar que se deben incluir tantas filas como sea necesario.

1. **GASTOS OPERACIONALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CATEGORÍA DE GASTO: IMPLEMENTACIÓN | | | | |
| En la categoría de operación se pueden incluir gastos como compras de materiales de estudios, kit de herramientas básicas para ejercer el oficio aprendido, etc. | | | | |
| NOMBRE DEL ÍTEM |  | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL GASTO A ADQUIRIR | | **JUSTITICACIÓN DEL GASTO A ADQUIRIR** | **MONTO A SOLICITAR** | **DESCRIPCIÓN DE REFERENCIA DEL GASTO** |
|  | |  | $ |  |
|  | |  | $ |  |
|  | |  | $ |  |
|  | |  | $ |  |
|  | |  | $ |  |
|  | |  | $ |  |
|  | | **TOTAL** |  |  |

1. **GASTOS DE HONORARIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CATEGORÍA DE GASTO: HONORARIOS | | | |
| En esta categoría se incluyen gastos como, por ejemplo, pagos a profesionales por curso de capacitación, pago de honorarios a relatores, etc. Cabe mencionar, que de acuerdo a las bases del concurso, es de suma importancia individualizar a los profesionales seleccionados para las actividades y señalar de forma clara sus antecedentes curriculares tales como, experiencia laboral, antecedentes académicos, etc.  Importante: sólo podrá destinarse un máximo del 15% del total correspondiente a gastos en este ítem presupuestario, a miembros de la directiva de la organización (en caso de ser organización social sin fines de lucro), siempre y cuando ellos cumplan con el perfil pertinente al servicio por entregar (siendo esto evaluado por el Comité Evaluador). Asimismo, se prohíbe emitir boletas a familiares de miembros de la directiva. | | | |
| NOMBRE DEL ÍTEM |  | | |
| DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | **JUSTITICACIÓN DEL SERVICIO** | **HORAS DEDICAS AL PROYECTO** | **MONTO A SOLICITAR** |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  | **TOTAL** |  |

1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS Y LABORALES DE QUIENES EMITAN BOLETAS DE HONORARIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES ACADÉMICOS Y LABORALES [[3]](#footnote-2) | | | | | |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL | **RUT** | **TÍTULO PROFESIONAL** | **CASA DE ESTUDIOS** | **ANTECEDENTES ACADÉMICOS** | **ANTECEDENTES LABORALES** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **RESUMEN DE GASTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| RESUMEN DE GASTOS | |
| CATEGORÍA DE GASTO | **MONTO SOLICITADO** |
| IMPLEMENTACIÓN | $ |
| HONORARIOS / CAPACITACIÓN LABORAL | $ |
|  | $ |
| TOTAL | $ |

ULAC

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DEL REPRESENTANTE LEGAL[[4]](#footnote-3)**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo , cédula de identidad y domiciliado en , comuna , declaro bajo juramento que estoy en conocimiento de la postulación efectuada al Programa Apoyo a la Inclusión de la Población Inmigrante Vulnerable año 2021, en representación de la institución .

Declaro a su vez que estoy en conocimiento de las instrucciones de Postulación al Programa Apoyo a la Inclusión de la Población Inmigrante Vulnerable, año 2021, aceptando cada una de las partes y requerimientos técnicos efectuados.

Acepto que la postulación sea declarada no válida, en el evento de comprobarse irregularidades o la falsedad de alguno de los antecedentes presentados. Declaro asimismo, estar en conocimiento que el Departamento de Acción Social remitirá los antecedentes a los Tribunales de Justicia, si fuese necesario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA Y TIMBRE**

**REPRESENTANTE LEGAL DE INSTITUCIÓN POSTULANTE**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE QUIEN ASUMIRÁ LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA[[5]](#footnote-4)**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo , cédula de identidad y domiciliado en , comuna , declaro bajo juramento que estoy en conocimiento de la postulación efectuada al Programa Apoyo a la Inclusión de la Población Inmigrante Vulnerable año 2021, en representación de la institución .

Declaro a su vez que estoy en conocimiento de las instrucciones de Postulación al Programa Apoyo a la Inclusión de la Población Inmigrante Vulnerable, año 2021, aceptando cada una de las partes y requerimientos técnicos efectuados.

Acepto que la postulación sea declarada no válida, en el evento de comprobarse irregularidades o la falsedad de alguno de los antecedentes presentados. Declaro asimismo, estar en conocimiento que el Departamento de Acción Social remitirá los antecedentes a los Tribunales de Justicia, si fuese necesario.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Y TIMBRE**

**COORDINADOR DEL PROGRAMA**

DE LA

POBLACIÓN INMI

ANEXOS |

1. **RECIBO CONFORME**

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiario | |
| Nombre |  |
| ID |  |
| Domicilio |  |
| Teléfono |  |
| Descripción del Aporte | |
| Prestación |  |
| Monto |  |
| Identificación de quién retira el beneficio (sólo completar si es distinto del beneficiario) | |
| Nombre |  |
| N° de documento de identidad |  |

1. **INFORME SOCIAL FONDO ORASMI**
2. **IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO | | | |
| Nombre completo |  | | |
| Documento de Identificación |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Dirección |  | | |
| Comuna |  | | |
| Teléfonos |  | | |
| Correo electrónico |  | Previsión de Salud |  |
| Estado Civil |  | Ingreso mensual |  |
| Actividad |  | Escolaridad |  |
| Nacionalidad |  | Año de Ingreso al País |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR** (quienes comparten presupuesto de alimentación)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | A. paterno | A. materno | Edad | Estado Civil | Parentesco | Actividad | Ingresos |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Total Ingresos mensuales Familiares $ |  |
| Ingreso mensual Per Cápita $ |  |

1. **SITUACIÓN ECONÓMICA**

|  |
| --- |
| Descripción de la situación económica, detallando los egresos permanentes del grupo familiar, incluir endeudamiento y motivo de la deuda). |
|  |

1. **SITUACIÓN SOCIAL**

|  |
| --- |
| Descripción de la situación de la familia, considerando las situaciones de vulnerabilidad familiar, por ejemplo, presencia de: alcoholismo, drogadicción, discapacidad, adulto mayor solo, trastorno de salud mental, paciente con alta dependencia, VIF, etc.). |
|  | |

1. **SITUACIÓN DE SALUD**

|  |
| --- |
| Descripción de la situación de salud del solicitante y su grupo familiar). |
|  |

1. **SITUACIÓN HABITACIONAL**

|  |
| --- |
| Descripción del tipo de vivienda, la tenencia, saneamiento, tipo de construcción, equipamiento, hacinamiento, estado de conservación, estado servicios básicos). |
|  |

1. **PETICIÓN**

|  |
| --- |
| Explicar producto solicitado, monto total y monto requerido, otros aportes solicitados y comprometidos, además de aporte familiar; evidenciar claramente cómo se financiará la diferencia del monto solicitado; manifestar proveedor). |
|  |

1. **SÍNTESIS Y OPINIÓN PROFESIONAL**

|  |
| --- |
| Síntesis de la situación de la situación de vulnerabilidad, focalizada en el aporte requerido, de manera simple, contundente y autosuficiente, justificando la pertinencia de la ayuda. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nombre Asistente Social |  |
| Cargo |  |
| Servicio o Institución |  |
| Teléfono |  |
| Correo Electrónico |  |
| Fecha Elaboración Informe |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma y Timbre Asistente Social**

GRAMA APOYO A LA INCLUSIÓN DE LA

CIÓN

**III. FICHA DE CONSTATACIÓN DE CONDICIONES DE HABITABILIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nombre Beneficiario: |  |
| Rut: |  |
| Domicilio: |  |
| Fecha de Visita: |  |

1. **CONDICIONES MATERIALES DE LA VIVIENDA**

|  |  |
| --- | --- |
| Seleccione tipo de vivienda: | |
| 1. Casa |  |
| 1. Departamento |  |
| 1. Pieza en Cite |  |
| 1. Casa o pieza en sitio compartido |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cuenta con acceso a alcantarillado | | | |
| Sí |  | No |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Material predominante de la vivienda (no se financiarán aportes para el pago de rentas de arriendo, si la vivienda está construida de material de desecho). | |
| 1. Acero u hormigón armado |  |
| 1. Albañilería (ladrillo, bloque de cemento o piedra) |  |
| 1. Tabique o madera forrado |  |
| 1. Tabique o madera sin forro o aislamiento interior |  |
| 1. Adobe, barro |  |
| 1. Material de desecho |  |

1. **ACCESO A SERVICIOS DE LA VIVIENDA**

No se podrá financiar aporte para el pago de rentas de arriendo si la vivienda no cuenta con alguno de los siguientes servicios básicos.

|  |  |
| --- | --- |
| Marque el acceso a servicios básicos. | |
| 1. Electricidad |  |
| 1. Agua Potable |  |

|  |
| --- |
| Número de habitaciones disponibles solo para dar uso de dormitorio (se considerará hacinamiento si 4 o más personas duermen en la misma habitación, no se podrá financiar en este caso). |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Baño | | | | | |
| 1. Individual |  | 1. Compartido |  | 1. Con cuantas personas |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Condiciones de seguridad: (si marca la presencia de cualquiera de las siguientes situaciones no se podrá proceder a realizar el pago de la prestación). | |
| 1. Cables de instalaciones eléctricas a la vista |  |
| 1. Exceso de cables, alargadores, artefactos eléctricos, etc. A la vista. |  |
| 1. Se observa que se encienden cocinillas en espacios destinados a dormitorio. |  |
| 1. Se observa que como medio de calefacción se utilizan en cocinillas, fuego en braseros u otros elementos inflamables en espacios reducidos o no destinados para este fin. |  |

Por lo anteriormente descrito estimo que la vivienda \_\_\_\_\_ no cumple / \_\_\_\_\_\_ cumple con las condiciones mínimas de habitabilidad y \_\_\_\_ no corresponde / \_\_\_\_ corresponde financiar co aporte para el pago de arriendo.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nombre de Asistente Social |  |
| Cargo |  |
| Servicio o Institución |  |

1. Se entenderá por beneficiarios directos, aquellos que recibirán y se beneficiarán directamente de las acciones del proyecto. En estas personas beneficiadas se esperan ver reflejados los cambios anunciados en los objetivos específicos de la intervención propuesta. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Firma y Timbre Asistente** Social [↑](#endnote-ref-1)
3. Es importante recordar que al momento de rendir se deberá incluir el Curriculum Vitae. [↑](#footnote-ref-2)
4. Es obligatorio completar todos los campos. [↑](#footnote-ref-3)
5. Es obligatorio completar todos los campos. [↑](#footnote-ref-4)