



Fecha			
-------	--	--	--

## FORMULARIO

### Identificación de Persona en situación de Discapacidad, Dependencia y/o Movilidad Reducida

Nombre			
RUT		Fecha de Nacimiento	
Dirección			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

### Caracterización de la Persona con Discapacidad, Dependencia y/o Movilidad Reducida

	SI	NO
Persona en situación de Discapacidad		
Persona en situación de Dependencia		
Persona con Movilidad Reducida		

Credencial de Discapacidad: *Usted posee Credencial de Discapacidad*

NO	
SI	

Porcentaje de Discapacidad  %

Tipo de Discapacidad

Visual	
Auditiva	
Física	
Mental	

Observaciones

### Identificación del Cuidador, Apoderado o Familiar

Nombre			
RUT		Fecha de Nacimiento	
Dirección			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

Relación con la Persona en situación de Discapacidad, Dependencia y/o Movilidad Reducida

Familiar  Vecino  Cuidadora  Otra

*Especificar*

Nombre y Firma de  
quien entrega la información

Nombre y Firma de  
Funcionario que recibe la información