**FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE**

**CARGA FAMILIAR SOLICITANTE**

* El presente instrumento es declarativo y debe ser completado en su totalidad de acuerdo a las características de su carga familiar y su núcleo. En caso de ser necesario el Servicio de Bienestar se reserva el derecho a solicitar información de respaldo.
* En caso de que Ud. requiera solicitar el beneficio para más de 1 carga familiar legal, deberá enviar una ficha por cada uno de ellos.
* A continuación, **complete cada uno de los campos con letra imprenta y clara**, posteriormente deberá **acercarse a bienestar HPH a hacer su entrega.**

**I. ANTECEDENTES DEL AFILIADO/A QUE SOLICITA COBERTURA DE BENEFICIO DE CUIDADOS INFANTILES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo funcionaria/o:  |  |  |  |
| Rut:  |  |  |  |
| Domicilio: |  |
| Comuna: |  |
| Teléfono de contacto (1) |  | Teléfono de contacto (2) |  |
| Parentesco con niña/o:  | Marque con una X según corresponda SI - NO |
| Son ambos padres/tutores funcionarios del SSMSO? |  |  |  |
| Cantidad de niños/as del núcleo familiar (entre 4 y 11 años) que requieren cuidado infantil y solicitan el beneficio: |  |  |  |

**II. ANTECEDENTES DEL OTRO/A PROGENITOR/A** (distinto al que solicita cobertura de Cuidados Infantiles)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la madre o padre:  |  |
| Teléfono móvil: |  |
| Domicilio:  |  |
| Actividad y lugar de ejercicio laboral de manera habitual:  |  |

**III. ANTECEDENTES DEL/LA NIÑO/NIÑA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño o niña:  |  |
| Fecha de nacimiento: |  | Rut: |  |

|  |
| --- |
| Indique de quien es carga legal (Marque con una X la alternativa según corresponda) |
| Madre | Padre | Abuela/o | Otro (indique) |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Indique como resuelve el cuidado de la niña/niño de manera habitual (Marque con una X la alternativa según corresponda) |
| Jardín infantil del servicio |  |
| Club escolar del servicio |  |
| Niño/a sin cuidado infantil (se queda solo en su hogar) |  |
| Jardín infantil/Colegio/Club escolar externo |  |
| Cuidado del niño/a a cargo de persona sin remuneración ni aporte económico |  |
| Cuidado del niño/a a cargo de persona remunerada o con aporte económico |  |

**IV. REQUERIMIENTO DE COBERTURA DE CUIDADO DE LA/EL NIÑA/NIÑO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique días requeridos: (marque con una X la alternativa que corresponda) | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|  |  |  |  |  |
| Media jornada requerida: (marque con una X la alternativa que corresponda) | Mañana | Tarde | Otra (especifique) |
|  |  |  |
| Nombre del establecimiento educacional al que asiste: |  |
| Indique curso en que se encuentra |  |

**V. OTROS**

Estimado/a afiliado/a junto con saludar, por favor marcar la o las situaciones que usted se encuentra viviendo actualmente desde el punto de vista familiar, en el cual se vea afectado Usted o su carga familiar (Información de carácter reservado)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Situación familiar | Marque con una X según corresponda | Observación |
| 1 | Violencia Intrafamiliar/ Abuso /Maltrato |  |  |
| 2 | Adicción alcohol / Drogas |  |  |
| 3 | Tratamiento Psicológico, Psiquiátrico o Neurológico |  |  |
| 4 | Riesgo psicosocial del entorno (vivienda en sector vulnerable, situación de hacinamiento, dificultad de acceso a servicios básicos) |  |  |
| 5 | Integrante en situación de reclusión carcelaria |  |  |
| 6 | Integrante con Enfermedad Catastrófica (patología de alto costo y que no esté considerada dentro de las patologías GES) |  |  |
| 7 | Integrante en condición de Invalidez total o parcial |  |  |
| 8 | Integrante con Enfermedad degenerativa o similar (especifique) |  |  |
| 9 | Otras (Cesantía u otros-especifique) |  |  |
| 10 | Ninguno |  |  |

**DECLARO QUE LOS DATOS ENTREGADOS SON FIDEDIGNOS Y REPRESENTAN MI SITUACIÓN SOCIAL ACTUAL. DE COMPROBARSE LO CONTRARIO, SE DEJARÁ SIN EFECTO ESTA SOLICITUD.**

 **ADEMÁS, TOMO CONOCIMIENTO QUE EL EQUIPO EVALUADOR PODRÁ EFECTUAR UNA VISITA DOMICILIARIA O SOLICITAR MAYOR DOCUMENTACION PARA COMPLEMENTAR MIS ANTECEDENTES.**

 **Identificación Afiliado/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma Afiliado/a**