



**FORMULARIO DE POSTULACION PROGRAMA SUBSIDIO DE TRANSPORTE  
PARA DISCAPACIDAD AÑO 2021**

**1.- DATOS PERSONALES:**

**ANTECEDENTES PERSONALES DEL POSTULANTE:**

Nombres	
Apellidos	
Domicilio	
Rut	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Grado de discapacidad	
Nombre del colegio o institución a la que asiste	
Nivel o taller a cursar	
Correo electrónico	
Teléfono	

**ANTECEDENTES PERSONALES DEL APODERADO:**

Nombres	
Apellidos	
Domicilio	
Rut	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Actividad	
Correo electrónico	
Teléfono	

Indique si ha obtenido este u otro beneficio Municipal:

Sí  No

Cual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.- ANTECEDENTES SOBRE EL INGRESO FAMILIAR**

(Indique todas las personas que viven en el hogar del postulante, él incluido)

Nº	Nombre y Apellidos	Parentesco (con el postulante)	Edad	Actividad u oficio	Ingresos mensuales
1					\$
2					\$
3					\$
4					\$
5					\$
6					\$
7					\$
8					\$
9					\$
10					\$
	Ingreso per cápita = Sumatoria de los ingresos señalados, dividido por N° de integrantes del grupo familiar.				\$

Ptje.

**A. CATEGORÍA OCUPACIONAL DEL JEFE DE HOGAR**

Activo     Activo Ocasional     Jubilado o pensionado     Cesante     Ptje.

**B. VIVIENDA: (Datos de la vivienda en que reside el postulante)**

Propietario     Arrendatario     Usufructuario     Allegado     Ptje.

**C. FACTORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL (de algún miembro del grupo familiar, demostrable con diagnóstico médico - en el caso de enfermedad grave - o Certificado del COMPIN en el caso de Discapacidad).**

Enferm. grave     Alcoholismo o drogadicción     Discapacidad     Ptje.

**D. N° DE HERMANOS POSTULANDO AL SUBSIDIO (si es así, indique el número sin incluir al postulante)**

N° de hermanos postulando     Ptje.

Fecha postulación

\_\_\_/\_\_\_/20\_\_

Firma Apoderado o postulante