****

**INFORME SOCIAL**

**Pensiones de Gracia**

**Fecha visita domiciliaria:**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  | **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Teléfonos (al menos 2)** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Puntaje FPS** |  | **Ingreso mensual** |  |
| **Estado Civil** |  | **Escolaridad** |  |
| **Actividad**  |  |
| **Previsión de salud** |  |

**II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **A. paterno** | **A. materno** | **Run** | **Edad** | **Estado Civil** | **Parentesco** | **Escolaridad** | **Actividad** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**HIJOS QUE VIVEN DE MANERA INDEPENDIENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **A. paterno** | **A. materno** | **Edad** | **Estado Civil** | **Escolaridad** | **Actividad** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**III. SITUACIÓN ECONÓMICA**

|  |
| --- |
|  |

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

**IV. HISTORIA SOCIO LABORAL**

|  |
| --- |
|  |

**V. SITUACIÓN DE SALUD**

|  |
| --- |
|  |

**VI. SITUACIÓN HABITACIONAL**

|  |
| --- |
|  |

**VI. OPINIÓN PROFESIONAL**

|  |
| --- |
|  |

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

**Firma y Timbre Asistente Social**

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

**DOCUMENTACION ADJUNTADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Carta dirigida a S.E. el Presidente de la República (sólo si la persona no la ha presentado y ha llegado la solicitud por otra vía) |  |
| 2 | Fotocopia C.I. de los integrantes del grupo familiar y de las/los posibles facultados para el cobro del beneficio |  |
| 3 | Certificado médico de servicio de salud público de los integrantes del grupo familiar, indicando diagnóstico, tratamiento y pronóstico. En el caso de alcoholismo o drogadicción se debe adjuntar documentación probatoria (certificados médicos, tratamientos).  |  |
| 4 | En el caso de VIF se debe adjuntar documentación de respaldo, ya sea, denuncias, resoluciones, certificados psicológicos etc. |  |
| 5 | Certificado de discapacidad |  |
| 6 | Acreditación de gastos médicos: con la receta médica y boletas o cotización de farmacia |  |
| 7 | Liquidación de sueldo o boleta de honorarios  |  |
| 8 | Colilla de pago de pensiones |  |
| 9 | Certificado anual de renta |  |
| 10 | Certificado histórico de cotizaciones previsionales de la AFP, en que se indique nombre del empleador o Certificado de imposiciones de IPS. |  |
| 11 | Finiquito |  |
| 12 | Colilla de subsidio de cesantía o seguro de cesantía |  |
| 13 | Contrato de arriendo o recibo de arriendo |  |
| 14 | Certificado de avalúo fiscal (a criterio de la/el asistente social, para confirmar antecedentes de la vivienda) |  |
| 15 | Colilla de pago de dividendo |  |
| 16 | Certificado de alumno regular |  |
| 17 | Colilla de pago de aranceles estudiantiles |  |
| 18 | Resolución judicial pago pensión de alimentos o documentación que acredite que se han realizado las gestiones correspondientes |  |
| 19 | Copia libreta de ahorro Banco del Estado para pensión de alimentos |  |