



PERSONAS NATURALES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE APOYO REGISTRO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

Seleccione el tipo de impresión

Original: REGISTRO CIVIL

OFICINA RECEPCIÓN SOLICITUD

FECHA RECEPCIÓN SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

Marque con una X Persona natural

ANTECEDENTES DEL (LA) INSCRITO (A)	RUN / RUT
NOMBRE COMPLETO	
ACTIVIDAD O GIRO	
DOMICILIO (Calle, número, departamento, villa, etc.)	
COMUNA	REGIÓN

TIPO DE SERVICIO DE APOYO [Ref 1] (SÓLO INSCRIPCIONES PERSONAS NATURALES)
Marque con una X el tipo de servicio que presta
<input type="checkbox"/> CUIDADO Y/O DE ASISTENCIA [Ref 2] (Ejemplo: asistente personal para actividades de la vida diaria e instrumentales, asistentes de educación, asistente de respiro, etc.)
<input type="checkbox"/> DE INTERMEDIACIÓN [Ref 3] (Ejemplo: Intermediador Laboral)
Especifique Nombre del Proyecto si corresponde
FIRMA

DOCUMENTOS ACOMPAÑADOS A LA SOLICITUD (Marque con una X)

- Fotocopia cédula identidad requirente
- Inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud, de ser procedente
- Carta de Recomendación / Experiencia
- Otros (especifique cuáles, por ejemplo certificados de estudio)

--

APROBACIÓN / RECHAZO INSCRIPCIÓN (A COMPLETAR POR EL SRCel)		Nº
SENADIS		
	SRCel	
INSCRIPCIÓN	SÍ	NO
OBSERVACIONES	FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO SENADIS	
	FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO SRCel	
<i>Ref. 1: Servicio de Apoyo: Toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional (Ley 20.422)</i>		