



INFORME SOCIAL
Pensiones de Gracia

Fecha visita domiciliaria:

I. 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 | |