

Dto 4347

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## AYUDAS TÉCNICAS OFICINA MUNICIPAL DE LA DISCAPACIDAD

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

<b>Nº de Pagina</b>	<b>Contenido</b>
<b>1</b>	<b>Portada</b>
<b>2</b>	<b>Índice</b>
<b>3</b>	<b>Introducción</b> <b>Definición de Ayuda Técnica</b>
<b>4 - 5</b>	<b>Proceso y requisitos de presentación de solicitud de Ayudas Técnicas. Definición de Ficha de Protección Social.</b>  <b>a.- Inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad.</b> <b>b.- Formulario de Contexto del Solicitante.</b> <b>c.- Formularios de Indicación.</b> <b>d.- Formulario Plan de Intervención.</b> <b>e.- Formulario de Consentimiento Informado.</b>
<b>6</b>	<b>Resolución de SENADIS</b>
<b>7 - 8</b>	<b>Vía de ingreso OMD</b> <b>Programa Regular: Requisitos</b> <b>Programa Chile Solidario: Requisitos</b> <b>Programa de Atención Temprana: Requisitos</b>
<b>9</b>	<b>Diagrama de Flujo: Ingresos de Datos</b>
<b>10</b>	<b>Diagrama de Flujo: Implementación Resolución de SENADIS</b>

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

## INTRODUCCIÓN

El presente manual de procedimiento, tiene como finalidad detallar exhaustivamente el proceso de obtención de Ayudas Técnicas, en la Oficina Municipal de la Discapacidad de Talca, además de conocer los objetivos de la unidad y el concepto de Ayudas Técnicas.

La Oficina Municipal de la Discapacidad: unidad creada en el año 1997, cuyo principal objetivo es: ***“Promover acciones que tengan por finalidad la atención y orientación integral, a personas con discapacidad residentes en la Comuna de Talca, a sus grupos familiares, representantes de discapacitados y agrupaciones, alcanzando así un mayor grado de participación e integración en las distintas actividades del Municipio”.***

### ¿Que es una Ayuda Técnica?

**Ayuda Técnica:** Se consideran Ayudas Técnicas: Aquellos elementos o implementos requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de la misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, o desarrollar una vida independiente. (Art. 6 letra b Ley 20.422).

Las ayudas técnicas a financiar, se orientarán a las áreas de prevención y rehabilitación. Para ello encontrará adjunto a este manual los formularios necesarios para solicitar las ayudas técnicas.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

## PROCESO Y REQUISITOS DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS

Para efectos de la solicitud deberán acompañar los siguientes formularios, los que se encuentran en el anexo de este documento:

**Ficha De Protección Social (FPS)** La ficha de protección social es requisito para todas aquellas postulaciones que hayan ingresado al sistema del Servicio, a partir del año 2011. Se ha definido como puntaje de corte para la admisibilidad de la solicitud los 13.484 puntos, focalizando de esta manera los recursos de ayudas técnicas el 60% más vulnerable de la población.

Respecto del requisito de la Ficha de Protección Social y su puntaje, se han establecido las **excepciones** que siguen:

Los niños y niñas entre 0 y 6 años, sólo deben acreditar aplicación de FPS sin importar el puntaje.

**Nota:** Los niños y niñas que se encuentran institucionalizados en centros del Servicio Nacional de Menores y sus Instituciones colaboradoras, que se encuentran en situación de abandono, Jóvenes, adultos y adultos mayores, que se encuentran institucionalizados en centros de larga estadía, que se encuentran en situación de abandono. Personas con discapacidad que están privadas de libertad o que se encuentran en situación de abandono.

### **a) Inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad**

Al momento de presentar los antecedentes, el solicitante deberá estar inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad. **No será necesario adjuntar documento que respalde dicha inscripción**, dado que el Departamento de Tecnologías Asistidas y Servicios de Apoyo, verifica esta información directamente en la base de datos del Registro Nacional de la Discapacidad.

**Si el solicitante pertenece al Sistema de Protección Social (Puente, Calle, Vínculo, Abriendo Caminos, Chile Solidario o Chile Crece Contigo, en este último niños y niñas entre 0 y 6 años)**, no será requisito estar inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad para realizar la solicitud de la ayuda técnica.

### **b) Formulario de Contexto del Solicitante**

Las Ayudas Técnicas son valoradas como un recurso que favorece y apoya las acciones para la integración y la inclusión de las personas con discapacidad, por lo tanto es relevante considerar aspectos que tengan que ver con el desempeño y las circunstancias de ellas.

Este formulario contribuye a medir el impacto que tendrán las ayudas técnicas en los solicitantes, cuidador(es) y sus familias. **(Anexo N°1)**

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

**c) Formularios de Indicación**

Las Ayudas Técnicas deben ser prescritas en los Formularios de Indicación (Anexo N°1) diseñados para ello. Se requerirá que los profesionales que utilizan estos formularios en formato impreso, utilicen exclusivamente **LETRA IMPRENTA** y llenando todos los campos de la misma, con **la identificación completa del profesional que se exige en cada uno de ellos**. Lo antes mencionado se enfatiza en todos los formularios de solicitud con la siguiente nota “Se hará efectivo este formulario completando todos campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, **de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria**”. Es importante señalar que no podrá prescribirse implementos con marcas ni modelos de ayudas técnicas. **(Anexo N°2)**

**d) Formulario Plan de Intervención**

Es el como se van a utilizar el elemento solicitado, este tiene que estar firmado por el especialista medico, el cual realiza la inducción, rehabilitación o entrenamiento para el uso correcto del o los elementos solicitados. **(Anexo N° 3)**

**e) Formulario de Consentimiento Informado**

Este es la autorización que se exige de acuerdo a la Ley 19.628, sobre protección de la vida privada. **(Anexo N° 4)**

Las características de las Ayudas Técnicas deben ser especificadas y fundamentadas por el profesional según corresponda, de acuerdo a lo indicado en cada uno de los formularios. Estas ayudas técnicas deben estar relacionadas directamente con el objetivo de su indicación, considerando las limitaciones del solicitante en su funcionalidad, desempeño y barreras en la participación.

**Procedimiento: Pasos a seguir del Funcionario Municipal, Encargado o Funcionario de Oficina de la Discapacidad**

- 1) Aplicación manual del Formulario de Contexto del Solicitante.
- 2) Se verifica si la documentación es la correcta.
- 3) Se escanea dicha documentación.
- 4) Se ingresa al sistema de postulación en línea ([www.senadis.cl](http://www.senadis.cl)) Link postulación en línea.
- 5) Se traspasa todos los datos de los formatos manuales y se ingresan en forma digital al Programa de Postulación en línea de Ayudas Técnicas, dando así inicio a la tramitación. (dos días)

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

**Nota:** Importante es de señalar que es responsabilidad de la Oficina de la Discapacidad entregar la información necesaria sobre el estado de la solicitud de Ayuda Técnica.

### **Resolución de SENADIS**

- 1) Senadis realiza preevaluación (5 días de respuesta).
- 2) Proceso de evaluación socioeconómica.
- 3) Evaluación Técnica.
- 4) Cotización Chile Compra.
- 5) Oficio pendiente si es que se requiere.
- 6) Oficio de cobros coaporte, si corresponde.
- 7) Compromiso del coaporte si corresponde.
- 8) Resolución Aprobatoria.
- 9) Orden de Compra.
- 10) Despacho de Resolución de la Institución (Municipalidad)

Una vez teniendo la Resolución de la Ayuda Técnica por parte del proveedor se realiza las siguientes diligencias:

- 1) Se recepciona la Ayuda Técnica, con la empresa proveedora, se verifica el nombre y las características de la A.T, solicitada por el del beneficiario, se deja una copia de la factura en O.M.D, para su posterior archivo.
- 2) Se realiza contacto con el beneficiario, para agendar y corroborar domicilio, hora y día de entrega de la Ayuda Técnica, teniendo un plazo no más de tres días.
- 3) Se envía la Ayuda Técnica a su domicilio, firmando la recepción conforme o de rechazo de la misma. Este trámite lo realiza la O.M.D. Sin costo alguno para el beneficiario de la Ayuda Técnica.
- 4) Si se Recepciona en conformidad del elemento solicitado según las características solicitadas, el beneficiario firma comprobante de recepción conforme, el que se envía posteriormente al proveedor del elemento vía correo electrónico, quedando una copia de respaldo en la O.M.D.
- 5) Si se rechaza el elemento solicitado, se envía el formulario de rechazo a Senadis, vía digital y manual, mas el elemento de ayuda técnica rechazada, para que estos la asignen a un nuevo solicitante, dando Senadis respuesta a la persona beneficiaria del rechazo del elemento. Para luego dar inicio a una nueva postulación del solicitante.

En la Oficina Municipal de la Discapacidad existen tres vías de ingreso para solicitar una Ayuda Técnica, teniendo estas las mismas características, beneficios, y/o servicios., es decir, acceder a todos los productos que SENADIS otorga.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

## VÍA DE INGRESO O.M.D

**1) Programa Regular:** Esta dirigido a todas las personas que cumplan los requisitos solicitados y que no están insertos a otros programas que se detallan más adelante, teniendo derecho a todas las ayudas técnicas por parte del programa de SENADIS. Periodo de Postulación, Desde el 1º de marzo hasta el último día hábil del mes de abril.

### **1.1) Requisitos:**

- a) Tener una edad de 4 años hasta 65 años y más
- b) Tener Ficha de Protección Social, con un puntaje inferior de 13.484
- c) Estar inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad y estar vigente (Camping)
- d) Presentar Formulario de Contexto del Solicitante, Formulario Indicación de Ayuda Técnica, Formulario Plan de Intervención y Formulario de Consentimiento Informado
- e) Para la solicitud de audífono, presentar examen de audiometría, de no más de seis meses de antigüedad, para así tener una exactitud real del grado de discapacidad auditivo.

**2) Programa Chile Solidario:** Este programa esta dirigido a todas aquellas personas que se encuentran en el Sistema Chile Solidario, teniendo los mismos beneficios que el anterior programa. Periodo de Postulación, Desde el 1º de marzo hasta el último día hábil del mes de septiembre.

### **2.1) Requisitos:**

- a) Desde el primer año hasta los 65 años o más cuando lo requiera
- b) Tener Ficha de Protección Social.
- c) No necesita estar inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad
- d) Presentar Formulario de Contexto del Solicitante, Formulario Indicación de Ayuda Técnica, Formulario Plan de Intervención y Formulario de Consentimiento Informado
- e) Para la solicitud de audífono, presentar examen de audiometría, de no más de seis meses de antigüedad, para así tener una exactitud real del grado de discapacidad auditivo.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

**3) Programa de Atención Temprana:** Este programa se focaliza principalmente a los niños recién nacidos, hasta los cuatro años, teniendo los mismos beneficios que los anteriores programas, se encuentra hábil durante todo el año.

### 3.1) Requisitos:

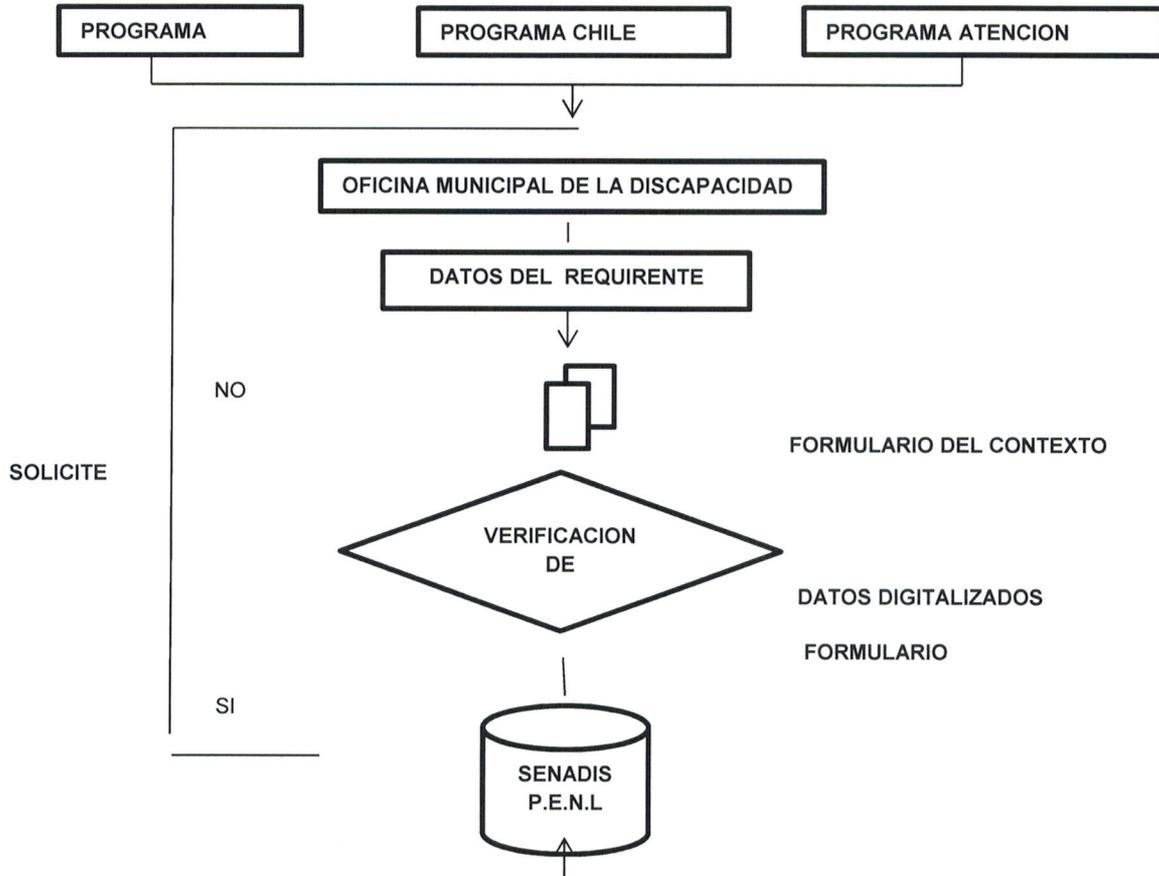
- a) Desde el primer año vida hasta 4 años.
- b) Tener Ficha de Protección Social, inferior a los 13.484
- c) No necesita estar inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad
- d) Presentar Formulario de Contexto del Solicitante, Formulario Indicación de Ayuda Técnica, Formulario Plan de Intervención y Formulario de Consentimiento Informado
- e) Para la solicitud de audífono, presentar examen de audiometría, de no más de seis meses de antigüedad, para así tener una exactitud real del grado de discapacidad auditivo.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

### DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO

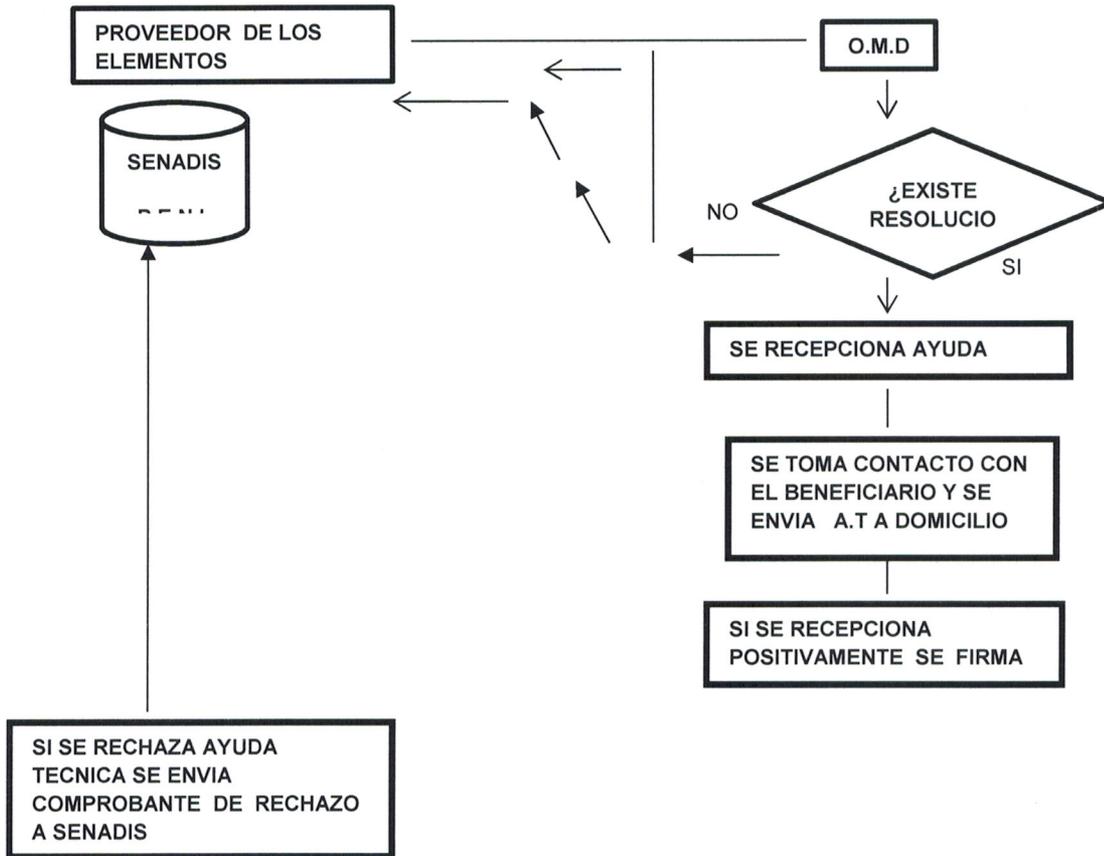
#### Ingreso de Datos



<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

### Implementación Resolución SENADIS



<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

## ANEXOS

ELEMENTOS DE PREVENCIÓN			
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS ANTIESCARAS			
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)			
ESTE FORMULARIO SÓLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: MÉDICO GENERAL O ESPECIALISTA, ENFERMERA, KINESIÓLOGO Y TERAPEUTA OCUPACIONAL. (EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)			
FECHA DE INDICACIÓN: _____ / _____ / _____			
I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE			
NOMBRE: _____			RUT: _____
DIAGNÓSTICOS / SECUELAS			
PESO	ESTATURA	CONTEXTURA <sup>1</sup>	
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS			
TIPO DE DEFICIENCIA (SIN RND)		FÍSICA	SENSORIAL
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD <sup>2</sup>		LEVE	MODERADO
			PSÍQUICA/MENTAL
			SEVERO
			GRAVE
II. AYUDA TÉCNICA SOLICITADA			
COLCHÓN ANTIESCARAS			
CON MOTOR		AIRE ESTÁTICO	FLOTACIÓN SECA 3 SECCIONES
FLOTACIÓN SECA 2 SECCIONES		VISCOELÁSTICO	
COJÍN ANTIESCARAS			
VISCOELÁSTICO		FLOTACIÓN SECA BAJO PERFIL	FLOTACIÓN SECA ALTO PERFIL
GEL Y ESPUMA		REL DE POLIURETANO CON FUNDA ANTIDESLIZANTE	
ANCHO DE COJÍN ANTIESCARAS		_____ CMS.	OBLIGACIÓN CONSIDERAR ANCHO DEL COJÍN ANTIESCARAS, EL CUAL PUEDE SER COMPLEMENTARIO A OTRA AYUDA TÉCNICA
OTRO ELEMENTOS ANTIESCARAS (ESPECIFICAR, SI ESTE SE REQUIERE)			
INDICAR (nombre y características)			
OBJETIVO DE LA AYUDA TÉCNICA INDICADA			
III. ÁMBITO DE LA INCIDENCIA DE LA AYUDA TÉCNICA <sup>3</sup>			
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN CIUDADANA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA <sup>4</sup>			
FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

<sup>1</sup> Identificar el usuario correspondiente a contextura mesomórfica (normal), Ectomórfica (delgado), Endomórfica (Sobre peso)

<sup>2</sup> Se refiere a grado de funcionalidad del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

<sup>3</sup> En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<sup>4</sup> En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE PROFESIONAL		RUT PROFESIONAL	
PROFESIÓN	INSTITUCIÓN		
DIRECCIÓN			
TELÉFONOS	E-MAIL		
FIRMA		TIMBRE	

NOTA: Se hará efectiva este formulario completando todas los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribió, de lo contrario la solicitud será devuelta a la institución intermediaria.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN								
<b>FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS DE APOYO PARA LA MARCHA</b> (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SÓLO CON LETRA IMPRENTA)								
ESTE FORMULARIO SÓLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: MÉDICO FISIATRA, TRAUMATÓLOGO, ENFERMERA, KINESIÓLOGO, TERAPISTA OCUPACIONAL Y TÉCNICOS QUE TRABAJEN EN EQUIPOS DE REHABILITACIÓN. (EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)								
FECHA DE INDICACIÓN:      /      /								
<b>I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE</b>								
NOMBRE	RUT							
DIAGNÓSTICOS / SECUELAS								
PESO	ESTATURA	CONTEXTURA <sup>1</sup>						
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS								
TIPO DE DEFICIENCIA (SIN RND)	FÍSICA	SENSORIAL	PSÍQUICA/MENTAL					
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD <sup>2</sup>	LEVE	MODERADO	SEVERO GRAVE					
<b>II. AYUDA TÉCNICA SOLICITADA</b>								
BASTONES ORTOPÉDICOS (indicar la cantidad que requiere)								
TIPO PARAGUÁ	CANADIENSE CODERA FIJA	CANADIENSE CODERA MÓVIL	BASTÓN TRÍPODE					
MULETAS (indicar la cantidad que requiere)								
ALUMINIO	MADERA							
ANDADORES								
FIJO SIN RUEDAS	PLEGABLE SIN RUEDAS	ARTICULADO	FIJO 2 RUEDAS	PLEGABLE 2 RUEDAS	CON ASIENTO 2 RUEDAS	FIJO 4 RUEDAS	PLEGABLE 4 RUEDAS	CON ASIENTO 4 RUEDAS
4 RUEDAS CON APOYO ANTEBRAZO Y AXILAR ADULTO		4 RUEDAS APOYO ANTEBRAZO Y AXILAR INFANTIL						
SISTEMA DE SUJECCIÓN		TORÁXICA	PÉLVICA	CALZÓN PÉLVICO				
OTROS ELEMENTOS PARA LA MARCHA								
INDICAR (nombre y características)								
TIPO DE TERRENO PARA EL USO								
PRINCIPALMENTE REGULAR	PRINCIPALMENTE IRREGULAR	MIXTO						
CONSIDERACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA PARA SU USO EN EL DOMICILIO DEL USUARIO		SI	NO					

<sup>1</sup> Identificar si el usuario corresponde a contextura mesomorfa (normal), Ectomorfa (delgado), Endomorfa (Sobre peso)  
<sup>2</sup> Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

OI
ILI

POR:
JJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

OBJETIVO DE LA AYUDA TÉCNICA INDICADA			
III. ÁMBITO DE LA INCIDENCIA DE LA AYUDA TÉCNICA <sup>3</sup>			
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN CIDADADANA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA <sup>4</sup>			
FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL
V. PROFESIONAL QUE INDICA			
NOMBRE PROFESIONAL		RUT PROFESIONAL	
PROFESIÓN	INSTITUCIÓN		
DIRECCIÓN			
TELÉFONOS		E-MAIL	
FIRMA		TIMBRE	

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que describe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la institución intermediaria.

<sup>3</sup> En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.  
<sup>4</sup> En el Manual de Procedimiento de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

**ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN**  
**FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS DE DESPLAZAMIENTO Y**  
**POSICIONAMIENTO – SILLA DE RUEDAS**  
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SÓLO CON LETRA IMPRINTA)  
ESTE FORMULARIO SÓLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: MÉDICO FISIATRA, TRAUMATÓLOGO, FISIOTERapeuta, TERAPISTA OCUPACIONAL.  
(EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)

FECHA DE INDICACIÓN:      /      /

**II. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE**

NOMBRE	RUT			
DIAGNÓSTICOS / SECUELAS				
PESO	ESTATURA	CONTEXTURA <sup>1</sup>		
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS				
TIPO DE DEFICIENCIA (SIN RHO)	FÍSICA	SENSORIAL	PSÍQUICA/MENTAL	
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD	LEVE	MODERADO	SEVERO	GRAVE

**III. AYUDA TÉCNICA SOLICITADA**

**MODELO DE LA SILLA DE RUEDAS**  
(marcar la silla que requiere la persona)

ESTACIONAR	ACTIVA	CANILLA	NEUROLÓGICA	ELECTRICA
------------	--------	---------	-------------	-----------

**MEDIDAS DE SILLA DE RUEDAS (obligatorio)**

(A) ANCHO ASIENTO \_\_\_\_\_ (CMS)  
Para obtener el ancho de asiento de la silla de ruedas considere: La persona sentada en superficie plana, medir la distancia entre ambas caderas agregando dos centímetros por lado. (ancho de cadera + 2cm por lado = ancho de asiento)

(B) RESPALDO \_\_\_\_\_ (CMS)

(C) PROFUNDIDAD \_\_\_\_\_ (CMS)

(D) PIERNERA \_\_\_\_\_ (CMS)

CONSIDERACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA PARA SU USO EN EL DOMICILIO DEL USUARIO:  SI  NO

**IV. SILLA DE RUEDAS ULTRA LIVIANA (ACTIVA)**  
(marcar las opciones que sean aplicables para la persona que requiere la silla de ruedas)

SEMIADAPTADO	PIERNERA	
TIPO	DESMONTABLE	
DE UNO MOZA	APOYA PIES	
MANEJAR	INFLABLES	RUEDAS DELANTERAS
MANEJAR	INFLABLES	RUEDAS TRASERAS
MANEJAR	DESARMABLES	RUEDAS DE TRANSITO
MANEJAR	F320	TIPO DE ESTRUCTURA

Identificar si el usuario corresponde a contextura mesomórfica (normal), Ectomórfica (delgado), Endomórfica (Sobre peso) de acuerdo a grado de funcionalidad del usuario en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR					
(marcar las opciones que sean necesarias para la persona que requiere la silla de ruedas)					
RESPALDO					
PIEDS	APOYA BRAZOS	REGULABLES EN ALTURA		LARGOS	CORTOS
FIJO	ABATIBLES	DESMTANTABLE	PIERNERA		
PIEDS	ELEVABLE	DESMTANTABLE			
PUNZA	TELESCOPIO	APOYA PIES			
MACIZAS	INFLABLES	RUEDAS DELANTERAS			
MACIZAS	INFLABLES	RUEDAS TRASERAS	RUEDAS DE TRANSITO		
CONTURON	CALZON PELVICIO	SISTEMA DE SUJECIONES			
REGULABLE	FIJO	TIPO DE ESTRUCTURA			
ACCESO	ORINAL/INMIO	MATERIAL DE ESTRUCTURA			
PIERTNA	TALLA ESPECIAL	CARACTERISTICAS			
		ANTIVIBRACO			

SILLA DE RUEDAS CAMILLA					
(marcar las opciones que sean necesarias para la persona que requiere la silla de ruedas)					
RESPALDO					
PIEDS	APOYA BRAZOS	REGULABLES EN ALTURA		LARGOS	CORTOS
FIJO	ABATIBLES	DESMTANTABLE	PIERNERA		
PIEDS	ELEVABLE	DESMTANTABLE			
PUNZA	TELESCOPIO	APOYA PIES			
MACIZAS	INFLABLES	RUEDAS DELANTERAS			
MACIZAS	INFLABLES	RUEDAS TRASERAS			
CONTURON	CALZON PELVICIO	SISTEMA DE SUJECIONES			
REGULABLE	FIJO	PECHERA 4 PUNTAS	PECHERA 5 PUNTAS		
ACCESO	ORINAL/INMIO	TIPO DE ESTRUCTURA			
PIERTNA	ANTIVIBRACO	MATERIAL DE ESTRUCTURA			
		CARACTERISTICAS			

SILLA DE RUEDAS NEUROLÓGICA					
(marcar las opciones que sean necesarias para la persona que requiere la silla de ruedas)					
TIPO					
RESPALDO	INFANTE	ADULTO	RESPALDO		
FIJO	RECLINABLE	DASOLANTE			
PIEDS	APOYA BRAZOS	DESMTANTABLE	REGULABLES EN ALTURA	LARGOS	CORTOS
PIEDS	ABATIBLES	DESMTANTABLE	PIERNERA		
PIEDS	ELEVABLE	DESMTANTABLE	APOYA PIES		
PUNZA	TELESCOPIO	DE UNA PUNZA	RUEDAS DELANTERAS		
MACIZAS	INFLABLES	RUEDAS TRASERAS			
MACIZAS	INFLABLES	RUEDAS DE TRANSITO			
CAPALCO	RESPALDO	LATERALES	SISTEMA DE SUJECIONES		
CONTURON	CALZON PELVICIO	PECHERA 4 PUNTAS	PECHERA 5 PUNTAS		
REGULABLE	FIJO	TIPO DE ESTRUCTURA			
ACCESO	ORINAL/INMIO	MATERIAL DE ESTRUCTURA			
PIERTNA	ANTIVIBRACO	CARACTERISTICAS			

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

**SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA**  
(marcar las opciones que sean adecuadas para la persona que requiere la silla de ruedas)

TIPO			
ENTRADA	ESTÁNDAR	RESPALDO	
FUJO	RECLINABLE (LEYE)	COMANDO	
DISEÑO			
FUJOS	IZQUIERDO	REGULABLES EN ALTURA	LARGOS
	APOYA BRAZOS	PIERNERA	CORTOS
	ABATIBLES		
ESJA	BREVABLE	DESARMONABLE	
PUNDA	TELESCÓPICO	DE UNA HOJA	APOYA PIES
RUEDAS DELANTERAS			
MADREZAS	INFLABLES	RUEDAS TRASERAS	
MADREZAS	INFLABLES		
SISTEMA DE CODINCE			
SEPALICO	RESPALDO	EXTERNALES	ABDUCTOR
		SISTEMA DE SUJECCIONES	
CEJILLOS	CALZÓN PELVICO	PECHERA Y BOLSAS	PECHERA Y PUNTAS
ACERO	ALUMINIO	MATERIAL DE ESTRUCTURA	
ANTIVIBRACION	CARACTERÍSTICAS		

**OBJETIVO DE LA AYUDA TÉCNICA INDICADA**

III. **ÁMBITO DE LA INCIDENCIA DE LA AYUDA TÉCNICA<sup>2</sup>**

EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN CIUDADANA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
-----------	---------	-------------------------	-------------------------------

IV. **TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA<sup>3</sup>**

FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL
-----------	-----------	---------------	--------------------

V. **PROFESIONAL QUE INDICA**

NOMBRE PROFESIONAL	RUT PROFESIONAL
PROFESIÓN	INSTITUCIÓN
DIRECCIÓN	
TELÉFONOS	E-MAIL
FIRMA	
TIMBRE	

NOTA: Se hará efectivo este formulario cumpliendo todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la institución intermediaria.

<sup>2</sup> En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.  
<sup>3</sup> En el Manual de Procedimiento de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

**ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN**  
**FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS DE POSICIONAMIENTO,**  
**TRANSFERENCIA Y REHABILITACIÓN**  
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SÓLO CON LETRA IMPRINTA).  
ESTE FORMULARIO SOLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: MÉDICO FISIATRA, KINESIÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL.  
(EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)

FECHA DE INDICACIÓN:      /      /

**I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE**

NOMBRE	RUT			
DIAGNÓSTICOS / SECUELAS				
PESO	ESTATURA	CONTEXTURA <sup>1</sup>		
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS				
TIPO DE DEFICIENCIA (SIN RND)	FÍSICA	SENSORIAL	PSÍQUICA/MENTAL	
EMERGENCIA EN LA FUNCIONALIDAD <sup>2</sup>	LEVE	MODERADO	SEVERO	GRAVE

**II. AYUDA TÉCNICA SOLICITADA**

**ELEMENTOS DE POSICIONAMIENTO**

BIPODESTADOR (marcar el que corresponda)	PARADOR	MESA CAJÓN	
BRONZ	SUPINO	TABLETA SUPINA	
ESPECIFICACIONES (cada uno de los bipodestadores debe contar y especificar sus características, tomando en cuenta sus sistemas de sujeción)			
SITING (especificar tamaño)			
S (hasta 91cm)	M (hasta 127cm)	XL (hasta 183cm)	
MOBILIARIO ADAPTADO (marcar el que corresponda)			
TIPO MODULAR	SILLA MADERA	BANDEJA ESCOTADURA	MESA REGULABLE ALTURA/INCLINACIÓN
ESPECIFICACIONES (cada uno de los muebles adaptados, especificar sus características y dimensiones)			

**OTROS ELEMENTOS DE POSICIONAMIENTO**

INDICAR nombre y características	
----------------------------------	--

**ELEMENTOS DE TRANSFERENCIA**

GRUJA DE TRANSFERENCIA (marcar el tipo y, si más que corresponda)				
TIPO DE ARMES	ELECTRICO	MANUAL	ASISTIVO CORTO	ASISTIVO LARGO
TABLA DE TRANSFERENCIA (marcar el que corresponda)				
MADEIRA	POLICARBURATO	OTROS ELEMENTOS DE TRANSFERENCIA		
INDICAR nombre y características				

<sup>1</sup> Especificar si el usuario corresponde a contextura mesomorfa (Normal), Ectomorfa (delgado), Endomorfa (Sobrepeso)  
<sup>2</sup> Delimitar el grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

ELEMENTOS DE REHABILITACION	
TABLA DE TRANSPARENCIA (MAYOR O MENOR CONVENIENCIA)	
COLUMNISTA	CUBA TERAPEUTICA BALON TERAPEUTICO MARI TERAPEUTICO
RECOMENDACIONES (Medidas, ayudas, recursos, otros, etc.)	
CONTRIBUCION DE LAS DIMENSIONES DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA PARA SU USO EN EL DOMICILIO DEL USUARIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA INDICADA	
23. AMBITO DE LA INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA <sup>3</sup>	
<input type="checkbox"/> EDUCACION <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> PARTICIPACION CIUDADANA <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
24. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA <sup>4</sup>	
<input type="checkbox"/> FUNCIONAL <input type="checkbox"/> DESEMPEÑO <input type="checkbox"/> PARTICIPACION <input type="checkbox"/> AUTONOMIA PERSONAL	
25. PROFESIONAL QUE INDICA	
NOMBRE PROFESIONAL	RUT PROFESIONAL
PROFESION	INSTITUCION
DIRECCION	
TELEFONOS	E-MAIL
FIRMA	TIMBRE

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la institución intermediaria.

<sup>3</sup> En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.  
<sup>4</sup> En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN					
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS PARA APOYO VISUAL					
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SÓLO CON LETRA IMPRENTA)					
ESTE FORMULARIO SÓLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: OFTALMÓLOGO, EDUCADOR DIFERENCIAL CON MENCIÓN EN BAJA VISIÓN, TERAPEUTA OCUPACIONAL (EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)					
FECHA DE INDICACIÓN: _____ / _____ / _____					
<b>II. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE</b>					
NOMBRE	RUT				
<b>DIAGNÓSTICOS / SECUELAS</b>					
PESO	ESTATURA	CONTEXTURA <sup>1</sup>			
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS					
TIPO DE DEFICIENCIA (SIN OJO)	FÍSICA	SENSORIAL	PSÍQUICA/MENTAL		
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD:		LEVE	MODERADO	SEVERO	GRAVE
<b>III. AYUDA TÉCNICA SOLICITADA</b>					
ELEMENTOS VISUALES (y marcar el que corresponda)					
<input type="checkbox"/> LUPA (especificar aumento):	<input type="checkbox"/> DACTILOR GUARDAR (especificar medida):	<input type="checkbox"/> CWS:			
<input type="checkbox"/> TELESCOPIO (especificar aumento):	<input type="checkbox"/> MACHIFLEADOS DE CARACTERES (especificar aumento):				
<input type="checkbox"/> MÁQUINA DE ESCRIBIR BRAILLE	<input type="checkbox"/> CALCULADORA PARLANTE				
<input type="checkbox"/> MOLINOS BRAILLE	<input type="checkbox"/> GRABADOR DE Voz				
<input type="checkbox"/> REGLETA PUNEO DE OFICIO	<input type="checkbox"/> MP3 TV				
<input type="checkbox"/> REGLETA PUNEO CARTA	<input type="checkbox"/> LENTE INTRACULAR (incorporar receta)				
PRÓTESIS OCULAR (marcar el que corresponda)					
<input type="checkbox"/> SÓLO OJO	<input type="checkbox"/> SÓLO BINECPIO	<input type="checkbox"/> SÓLO BINECPIO			
<input type="checkbox"/> MARCAR TIPO Y MATERIAL					
OBJETIVO DE LA AYUDA TÉCNICA INDICADA					
<b>IV. ÁMBITO DE LA INCIDENCIA DE LA AYUDA TÉCNICA<sup>2</sup></b>					
<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> TRABAJO	<input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN CIUDADANA	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA		

<sup>1</sup> Especificar si el usuario corresponde a constitución mesomórfica (normal), Ectomórfica (delgado), Endomórfica (Sobre peso)  
<sup>2</sup> Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.  
 En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA\*

FUNCIONAL  INTERÉS  PARTICIPACIÓN  AUTONOMÍA PERSONAL

V. PROFESIONAL QUE REZCA

NOMBRE PROFESIONAL		INSTITUCIÓN		CUT PROFESIONAL	
DIRECCIÓN		TELÉFONOS		E-MAIL	
FIRMA			TIMBRE		

NOTA: No será efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la instancia intermedaria.

\* En el Manual de Procedimientos existen Avances Técnicos, se específico cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS PARA APOYO A LA INTEGRACIÓN LABORAL Y EDUCATIVA (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SÓLO CON LETRA IMPRESA)	
ESTE FORMULARIO SÓLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: MÉDICO FISIATRA, KINESIÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, EDUCADOR DIFERENCIAL Y DE INTEGRACIÓN ESCOLAR (EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)	
FECHA DE INDICACIÓN: / /	
ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE	
NOMBRE	RUT
DIAGNÓSTICOS / SECUELAS	
PESO	ESTATURA
CONTEXTURA*	
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	
TIPO DE DEFICIENCIA (SIN RIND)	RISCA
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD	SENSORIAL
	PSÍQUICA/MENTAL
	MODERADO
	SEVERO
	GRAVE
EL AYUDA TÉCNICA SOLICITADA	
DE DEBE CONSIDERAR PARA LA FUNDAMENTACIÓN DE ESTOS ELEMENTOS ADÉMÁS DEL FORMULARIO CORRESPONDIENTE, DEBE VENIR UN DOCUMENTO FORMAL QUE DEMUESTRE QUE SE LA PERSONA SE ENCUENTRA REALIZANDO PROCESOS DE INTEGRACIÓN EDUCACIONAL Y/O LABORAL (Formulario de trabajo, certificado de alumno regular, etc.)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>..... MONITOR</li> <li>..... MOUSE (PC SECRETORIAS)</li> <li>..... MOUSE TOUCHPAD</li> <li>..... MOUSE FOR SWITCH</li> <li>..... KEYBOARD</li> <li>..... KEYBOARD BISS KEYS</li> <li>..... KEYBOARD INTRALINEAS</li> <li>..... KEYBOARD TECLADO</li> <li>..... MONITOR TOUCH</li> <li>..... PANTALLA PANTALLA TOUCH</li> <li>..... SOFTWARE COMUNICACION</li> <li>..... SCANER (PARA OPEN BOOK)</li> </ul>	OTROS PERIFERICOS COMPUTACIONALES (INDICAR)
SOFTWARE	
OPEN BOOK (RECONOCEDOR ÓPTICO DE CARACTERES)	JAWS (IDENTIFICADOR DE TEXTO)
PARSO (AMPLIFICADOR DE PANTALLA)	DRAGON NATURALLY SPEAKING (RECONOCEDOR DE VOZ)
OTROS SOFTWARE (INDICAR)	
OBJETIVO DE LA AYUDA TÉCNICA INDICADA	

\*Identificar si el usuario corresponde a contextura mesomórfica (normal), Ectomórfica (delgado), Endomórfica (Sobrepeso)  
 \*Especificar grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

III. AMBITO DE LA INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA<sup>3</sup>

EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN CIUDADANA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
-----------	---------	-------------------------	-------------------------------

IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA<sup>4</sup>

FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL
-----------	-----------	---------------	--------------------

V. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE PROFESIONAL	RUT PROFESIONAL
PROFESIÓN	INSTITUCIÓN
DIRECCIÓN	
TELÉFONOS	E-MAIL
FIRMA	TIMBRE

NOTA: No será efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de no cumplirse la solicitud será devuelta a la institución intermediaria.

El Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se elaboró con el objetivo de los términos señalados en el formulario.  
 El Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se elaboró con el objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

**ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN  
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS PARA LA VIDA DIARIA Y  
ACCESIBILIDAD**  
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SÓLO CON LETRA IMPRINTA)

ESTE FORMULARIO SÓLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: MÉDICO FISIATRA, TRAUMATÓLOGO, KINESIÓLOGO, FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL  
(EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)

FECHA DE INDICACIÓN:      /      /

**ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS / SECUELAS: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ CONTEJURA: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

TIPO DE DEFICIENCIA (SIN RIND): \_\_\_\_\_ FÍSICA \_\_\_\_\_ SENSORIAL \_\_\_\_\_ PSÍQUICA/MENTAL \_\_\_\_\_

SEVERIDAD EN LA FUNCIONALIDAD: \_\_\_\_\_ LEVE \_\_\_\_\_ MODERADO \_\_\_\_\_ SEVERO \_\_\_\_\_ GRAVE \_\_\_\_\_

**AYUDA TÉCNICA SOLICITADA**

**ELEMENTOS PARA ALIMENTACIÓN Y VESTUARIO**

Se debe considerar que estas ayudas técnicas, como son: sillas adaptadas, peso y plano adaptado, calzadores, pones medias y calcetines, adaptadores, almohadones, alre técn, etc. Son ayudas técnicas de bajo costo, por lo que su certificación o compra puede ser realizada a través de la red de centros de rehabilitación comunitaria, consultorios, CCR's lugares que cuentan con profesionales idóneos en la materia.

Si las condiciones no es factible, estar indicará ayuda técnica y características de esta:

**ELEMENTOS PARA HIGIENE (marcar el que corresponde)**

W.C. WC CON APOYA BRAZOS	SILLA GIRATORIA DE TINA
W.C. WC SIN APOYA BRAZOS	PERO DE DUCHA
W.C. PORTÁTIL CON RUEDAS	SILLA DE TRANSFERENCIA PARA LA DUCHA
W.C. PORTÁTIL SIN RUEDAS	SILLA DE DUCHA CON RESPALDO CON APOYA BRAZOS
W.C. PORTÁTIL INFLABLE	SILLA DE DUCHA CON RESPALDO SIN APOYA BRAZOS
BANQUETA DE TINA	SILLA DE DUCHA CON INODORO
SILLA DE DUCHA INFANTIL CON SISTEMA DE SUCCIÓN (especificar características)	BANERA INFLABLE

**ELEMENTOS PARA ACCESIBILIDAD (marcar el que corresponde)**

BARRA PORTÁTIL 120CM	BARRA DE TINA EN ANGLULO 90° DE 50X50CM
BARRA PORTÁTIL 150CM	BARRA DE TINA EN ANGLULO 135° DE 50X50CM
BARRA PORTÁTIL 180CM	BARRA DE TINA DE RINCÓN TRIPLE DER. 73X73X50
BARRA PARA UMBRALES	BARRA DE TINA DE RINCÓN TRIPLE IZQ. 73X73X50
BARRAS DE TINA RECTA 90CM	BARRA DE WC ABATIBLE 70CM
BARRAS DE TINA RECTA 60CM	BARRA DE WC PARED SUELO DERECHA
BARRAS DE TINA RECTA 80CM	BARRA DE WC PARED SUELO IZQUIERDA

**OTROS ELEMENTOS**

OTROS: \_\_\_\_\_

¿CERTIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA PARA SU USO EN EL DOMICILIO DEL USUARIO?  SI  NO

Indicar si el usuario corresponde a: contexto e morfológica (normal), Ectomórfica (delgado), Endomórfica (Sobre peso)

Indicar el grado de funcionamiento del usuario, en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS



<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

**ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN**  
**FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS PROTESICOS**  
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SÓLO CON LETRA IMPRINTA)

ESTE FORMULARIO SÓLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: MÉDICO FISIATRA, TRAUMATÓLOGO, KINESIÓLOGO, TERAPISTA OCUPACIONAL.  
(EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)

FECHA DE INDICACIÓN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS / SECUELAS

PIEZO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ CONTEXTURA: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDADES Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

TIPO DE DEFICIENCIA (SIN RND): \_\_\_\_\_ FÍSICA \_\_\_\_\_ SENSORIAL \_\_\_\_\_ PSÍQUICA/MENTAL \_\_\_\_\_

LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD: \_\_\_\_\_ LEVE \_\_\_\_\_ MODERADO \_\_\_\_\_ SEVERO \_\_\_\_\_ GRAVE \_\_\_\_\_

TIEMPO DE AMPUTACIÓN: \_\_\_\_\_ TIEMPO USO DE PRÓTESIS (MESES): \_\_\_\_\_

TIPO DE AMPUTACIÓN: \_\_\_\_\_ BILATERAL \_\_\_\_\_ UNILATERAL \_\_\_\_\_ DERECHO \_\_\_\_\_ IZQUIERDO \_\_\_\_\_

FUNCIONALIDAD ESPERADA CON LA UTILIZACIÓN DE LA PRÓTESIS: \_\_\_\_\_ TRANSFERENCIAS BÁSICAS \_\_\_\_\_ TRASLADO EN EL HDGAR \_\_\_\_\_ TRASLADO EXTRADOMICILIARIOS \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES MÉDICOS DIAGNÓSTICOS**

ORIGEN DE LA AMPUTACIÓN: \_\_\_\_\_ CORRIENTA \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD VASCULAR \_\_\_\_\_  
TRÁUMATICA \_\_\_\_\_ TUMOR \_\_\_\_\_  
DIABÉTICA \_\_\_\_\_ SECUELA NEUROLÓGICA \_\_\_\_\_  
OTRO (INDICAR): \_\_\_\_\_

CONSIDERACIONES DE LA AMPUTACIÓN

CUMPLE CON LAS CONDICIONES MÉDICAS Y FÍSICAS ADECUADAS PARA USO DE PRÓTESIS	SI	NO
HA RECIBIDO O ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO PAR-PRÓTESICO	SI	NO
CONSIDERA ENTRENAMIENTO PRÓTESICO OBLIGATORIO	SI	NO

**A. Nivel de amputación.**

AMPUTACIÓN MIEMBRO SUPERIOR			
DE MANO	DEDOS	MANO	
BUNO DEDO	1/3 DISTAL	1/3 MEDIO	1/3 PROXIMAL
DOSRE DEDO	1/3 DISTAL	1/3 MEDIO	1/3 PROXIMAL
MEMBRADO	DEARTICULADO	VALANESCAPULAR	
AMPUTACIÓN MIEMBRO INFERIOR			
DE PIE	TRANSFERENC	CHOPANT	SYME
TRANSFERENC	1/3 DISTAL	1/3 MEDIO	1/3 PROXIMAL
TRANSFERENC	DEARTICULADO RODILLA	1/3 MEDIO	1/3 PROXIMAL
DE CANCHA	DEARTICULADO	HEMIPROTEGEMIA	

Nota: El nivel de amputación corresponde a: Niveles más mecánicos (Automa), Tecnomérica (dirigido), Endomórfica (Sobre peso) que muestra a grado de funcionamiento de las extremidades en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS



<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN	
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS ORTESICOS	
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SÓLO CON LETRA IMPRINTA)	
ESTE FORMULARIO SÓLO DEBERÁ SER LLENADO POR LOS SIGUIENTES PROFESIONALES: MÉDICO FISIATRA, TRAUMATÓLOGO, KINESIÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL. (EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA INDICACIÓN, SERÁ MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD)	
FECHA DE INDICACIÓN: ____ / ____ / ____	
<b>I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE</b>	
NOMBRE	RUT
DIAGNÓSTICOS / SECUELAS	
PESO	ESTATURA
CONTEXTURA*	
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	
TIPO DE DEFICIENCIA (SIN FINO)	
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD?	
ELEMENTO A TRATAR	
DERECHO	
TRUQUEO	
GENERAL	
MODERADO	
PSÍQUICA/MENTAL	
SEVERO	
GRAVE	
<b>II. ANTECEDENTES MÉDICOS DIAGNÓSTICOS</b>	
ORIGEN DE LA SECUELA	CONDICIÓN
DIAGNÓSTICO	ENFERMEDAD VASCULAR
DIAGNÓSTICO	TUMOR
DIAGNÓSTICO	DIABETES
DIAGNÓSTICO	SECUELA NEUROLÓGICA
CARACTERÍSTICAS DE LA SECUELA	
<b>III. AYUDA TÉCNICA INDICADA</b>	
ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR	
ORTESIS TOBILLO PIE	PIEL/PIEDE
ORTESIS TOBILLO PIE	CAQUETOPE
CARACTERÍSTICAS (indicar problema de sujeción, suspensión, materiales, peso)	
ORTESIS DE TRONCO (CORSE)	
ORVALVO	KNIGHT
NEWBY	MILWAUKEE
TAYLOR	BOSTON
OTRO TIPO DE ORTESIS (indicar características)	

\*Indicador de sujeción corresponde a consistencia morfométrica (normal), Ectomórfica (delgado), Endomórfica (Sobre peso) y se refiere a grado de funcionalidad del miembro en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS

<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

PLANTILLA ORTOPÉDICAS			
PLANTILLA DERECHA		PLANTILLA IZQUIERDA	
PIEDEADA CON RELLENO ANTERIOR (Indicar características)	ESTÁNDAR OTRA (Características)	PIEDEADA CON RELLENO ANTERIOR (Indicar características)	ESTÁNDAR OTRA (Características)
CALZADO ORTOPÉDICO			
CAJA ANCHA (Otras características)	BALANCIÓN RETROCAPITAL	PIÉ DIABÉTICO	CON REALCE
OBJETIVO DE LA AYUDA TÉCNICA INDICADA			
IV. ÁMBITO DE LA INCIDENCIA DE LA AYUDA TÉCNICA <sup>3</sup>			
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN CUIDADANA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
V. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA <sup>4</sup>			
FUNCIONAL	DEPENDIENDO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL
VI. PROFESIONAL QUE INDICA			
NOMBRE PROFESIONAL		RUT PROFESIONAL	
PROFESIÓN	INSTITUCIÓN		
DIRECCIÓN			
TELÉFONOS	E-MAIL		
FIRMA		TIMBRE	

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescriba, de lo contrario la solicitud será reenviada a la institución intermediaria.

<sup>3</sup> El Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, no especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.  
<sup>4</sup> El Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, no especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS



<b>PROCESO</b>	<b>VERSIÓN</b>
Manual de Procedimientos – Ayudas Técnicas	1.0
<b>PROPIETARIO</b>	<b>FECHA</b>
Dirección Desarrollo Comunitario – Oficina Municipal de la Discapacidad	OCTUBRE 2012

COMPONENTES INDIVIDUALES DE ENDOPRÓTESIS (Se debe considerar la indicación en este punto cuando la persona requiere de uno o más de los componentes de la endoprótesis, no necesitando el Kit completo)

ENDOPRÓTESIS	DETALLE TÉCNICO (especificar)	ESPECIFICAR (modelo, medida y materiales)
ENDOPRÓTESIS DE CADERA	<input type="checkbox"/> VASTAGO	
	<input type="checkbox"/> CABEZA	
	<input type="checkbox"/> COTILLO	
	<input type="checkbox"/> INSERTO	
	<input type="checkbox"/> TORNELLO	
ENDOPRÓTESIS DE RODILLA	<input type="checkbox"/> ADHESIVO	
	COMPONENTE PERMOVAL	
	COMPONENTE TIBIAL	
ENDOPRÓTESIS DE COLUMNA	<input type="checkbox"/> ADHESIVO	
	<input type="checkbox"/> BARRAS	
	<input type="checkbox"/> PLACAS	
	<input type="checkbox"/> TORNELLOS	
	<input type="checkbox"/> INSERTO	
	<input type="checkbox"/> DIAP	
ENDOPRÓTESIS BARRAS RECTAS	<input type="checkbox"/> CASI	
	<input type="checkbox"/> BARRAS	
	<input type="checkbox"/> ESTABLECIDOR	
	<input type="checkbox"/> PROVADOR	

OBJETIVO DE LA AYUDA TÉCNICA INDICADA

ÁMBITO DE LA INCIDENCIA DE LA AYUDA TÉCNICA<sup>5</sup>

<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> TRABAJO	<input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN CIDADANA	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA<sup>6</sup>

<input type="checkbox"/> FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN	<input type="checkbox"/> AUTONOMÍA PERSONAL
------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------

PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE PROFESIONAL		RUT PROFESIONAL
PROFESIÓN	INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN		
TELÉFONOS	E-MAIL	
FIRMA		TIMBRE

NO se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que describe, de lo contrario la solicitud será enviada a la institución intermediaria.

<sup>5</sup> En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.  
<sup>6</sup> En el Manual de Procedimientos de Ayudas Técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

<b>ORGANIZACION</b>	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE TALCA	CARLOS FRANCISCO PONCE MOYANO	ALVARO ROJAS