****

**FICHA DE POSTULACIÓN PROGRAMA VIVIENDAS CON APOYO**

**PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE**

**Instrucciones de llenado:**

* Complete todos los campos señalados en la Ficha.
* Agregue todos los medios de verificación solicitados, ya que son requisitos para el proceso de postulación. Los medios de verificación que se deben adjuntar a la presente ficha, son los siguientes:

1. Copia de cédula de identidad.
2. Informe social del profesional de la institución derivadora que acredita el n° de años en calle y otros antecedentes relevantes que dan cuenta de la situación general del/la postulante.
3. Informe de salud, con una antigüedad no superior a 6 meses, emitido por un Centro de Salud público o privado, que dé cuenta del estado de salud física, mental y situación de consumo del/la postulante. Debe detallar tratamientos (medicamentos que toma, controles médicos, entre otros).
4. Copia de los resultados del instrumento que mide nivel de dependencia general del postulante.
5. Copia de los resultados del instrumento AUDIT para detección de consumo
6. Certificado de Antecedentes
7. Otros antecedentes que la entidad derivadora considere pertinentes.
8. **ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN DERIVADORA**

|  |  |
| --- | --- |
| Institución que deriva |  |
| Región |  |
| Comuna |  |
| Profesional responsable |  |
| E-mail |  |
| Fono de contacto |  |
| Fecha de derivación |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Nombre Social (si lo tuviese) |  |
| RUN [[1]](#footnote-1) |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Teléfono |  |
| Edad |  |
| Nacionalidad |  |
| Estado Civil / Situación relacional | Elija un elemento. |
| Comuna actual de Residencia |  |
| ¿Postulante está en situación de calle? [[2]](#footnote-2)Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No, fin del llenado de la Ficha. | Elija un elemento. |
| Describa el motivo por cual el postulante está en situación de calle. |  |
| Indique el centro de salud en que está inscrito/a. |  |
| ¿Tiene mascota? | Elija un elemento. |

III. **REGISTRO SOCIAL DE HOGARES ANEXO CALLE (RSH)**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El postulante cuenta con RSH Anexo Calle aplicado?[[3]](#footnote-3) Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No pase al punto IV de la Ficha. | Elija un elemento. |
| Tramo de Vulnerabilidad |  |
| Fecha de aplicación del RSH anexo Calle |  |

1. **ANTECEDENTES TRAYECTORIA SITUACIÓN DE CALLE**

|  |  |
| --- | --- |
| Indique el N° total de años en situación de calle (considere situaciones intermitentes de calle[[4]](#footnote-4)). |  |
| Punto de calle[[5]](#footnote-5) donde pernocta actualmente (último mes) el postulante. | Elija un elemento. |
| En caso de haber seleccionado, en la pregunta anterior, la opción “Vía Pública-Otro” u “Otro, Especificar”, Detállelo en este apartado. De lo contario continúe con la siguiente pregunta. |  |
| Especificar la situación de alojamiento de la persona durante el año 2016. |  |
| Especificar la situación de alojamiento de la persona durante el año 2017. |  |
| Especificar la situación de alojamiento de la persona durante el año 2018 |  |
| Especificar la situación de alojamiento de la persona durante el año 2019 |  |
| Especificar la situación de alojamiento de la persona durante lo que va del año 2020 |  |
| A modo resumen, especifique, en un rango de 5 años, el N° de años total de pernoctación en vía pública. |  |
| A modo resumen, especifique, en un rango de 5 años, el N° de años total de pernoctación en Centros o Albergues. |  |

1. **ANTECEDENTES DE SALUD FÍSICA**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Presenta alguna enfermedad física? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No pase al punto VI de la Ficha. | Elija un elemento. |
| En caso de contar con diagnóstico médico, Indique la enfermedad física que posee la persona en relación a los datos proporcionados por el informe emitido por el Centro de Salud. En caso de no existir diagnóstico pero sí sospecha, describa los síntomas que indican la posible presencia de alguna enfermedad. Incluya una descripción de la situación de la persona y cualquier otra información relevante: historia de tratamiento, hospitalizaciones, etc. |  |
| ¿Se encuentra en Tratamiento? Si la respuesta es Sí continúe con la subsiguiente pregunta. Si es No, pase a la siguiente pregunta | Elija un elemento. |
| En caso de haber seleccionado, en la pregunta anterior, la opción “No”, por “Otros motivos”, especifíquelo. De lo contario continúe con la siguiente pregunta |  |
| Indique el/los tipo/s de tratamiento que sigue el postulante, con el mayor nivel de detalle posible (periodicidad, esquema farmacológico, etc.) |  |
| ¿Presenta Discapacidad Física? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No pase al punto V de la Ficha. | Elija un elemento. |
| ¿Cuenta con acreditación de discapacidad física?[[6]](#footnote-6) | Elija un elemento. |

1. **ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Presenta algún problema de salud mental? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No, pase al punto VII de la Ficha. | Elija un elemento. |
| En caso de contar con diagnóstico médico, indique el problema de salud mental que posee la persona en relación a los datos indicados en el informe emitido por el Centro de Salud. En caso de no existir diagnóstico pero sí sospecha, describa los síntomas que indican la posible presencia de alguna enfermedad. Incluya una descripción de la situación de la persona y cualquier otra información relevante: historia de tratamiento, hospitalizaciones, etc. |  |
| ¿Se encuentra en Tratamiento? Si la respuesta es Si continúe con la subsiguiente pregunta. Si es No, pase a la siguiente pregunta. | Elija un elemento. |
| En caso de haber seleccionado, en la pregunta anterior, la opción “No, por otros motivos”, especifíquelo. De lo contario continúe con la siguiente pregunta. |  |
| Especifique el/los tipo/s de tratamiento y/o atención psiquiátrica, psicológica relativa al diagnóstico con el mayor detalle posible (periodicidad, esquema farmacológico, etc.). |  |
| ¿Presenta Discapacidad Mental? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No pase al punto VII de la Ficha. | Elija un elemento. |
| ¿Cuenta con acreditación de la discapacidad?[[7]](#footnote-7) | Elija un elemento. |

1. **ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿La persona presenta consumo de drogas y/o alcohol? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No pase al punto VIII de la Ficha | Elija un elemento. |
| Indique el tipo de consumo de alcohol y/o drogas que presenta (según tipo de consumo definido por SENDA) | Elija un elemento. |
| ¿Se encuentra en tratamiento? Si la respuesta es Sí continúe con la subsiguiente pregunta. Si es “No, por otros motivos” pase a la siguiente pregunta. | Elija un elemento. |
| En caso de haber seleccionado en la pregunta anterior la opción “No, por otros motivos”, especifíquelo. De lo contario continúe con la siguiente pregunta. |  |
| Especifique el tipo de tratamiento (dónde, tiempo de tratamiento, de tipo ambulatoria, residencial, etc.) |  |

1. **SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El postulante es Autovalente? | Elija un elemento. |
| ¿Cuál es el instrumento que avala los resultados[[8]](#footnote-8)? Describa resultados. |  |
| ¿Qué nivel de dependencia funcional posee la persona[[9]](#footnote-9)? Conteste esta pregunta solo si refirió No en la pregunta sobre Autovalencia | Elija un elemento. |
| ¿Cuenta con EMPA/EMPAM? | Elija un elemento. |
| En el caso de contar con EMPA/EMPAM, Indique los resultados obtenidos |  |

1. **ANTECEDENTES LABORALES E INGRESOS AUTÓNOMOS**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El postulante realiza alguna actividad que le genera ingreso? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No pase al punto X de la Ficha. | Elija un elemento. |
| Identifique la ocupación actual | Elija un elemento. |
| En caso de haber seleccionado, en la pregunta anterior, la opción “Otro”, especifíquelo. De lo contario continúe con la siguiente pregunta. |  |
| Indique la periodicidad del trabajo al que se dedica el postulante | Elija un elemento. |
| Especifique qué tipo de actividad laboral realiza (por ejemplo, vendedor ambulante, empleado municipal, etc.). |  |
| ¿El postulante cuenta con contrato de trabajo? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si la respuesta es No pase a la última pregunta del Ítem IX. | Elija un elemento. |
| ¿Cuál es la relación contractual? | Elija un elemento. |
| En caso de haber seleccionado, en la pregunta anterior, la opción “Otro, especificar”, detállelo. De lo contario continúe con la siguiente pregunta |  |
| Indique promedio mensual de Ingresos Autónomos.[[10]](#footnote-10) | $ |

1. **PENSIONES E INGRESOS MONETARIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuenta con Pensión Básica Solidaria (PBS) u Aporte Previsional Solidario? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No pase al punto XI de la Ficha | Elija un elemento. |
| ¿Qué tipo de pensión Básica Solidaria u Aporte Previsional Solidario recibe el postulante? | Elija un elemento. |
| Indique si el postulante recibe otro tipo de aporte monetario estatal tales como SUF, Bono de Protección, Bono Base Familiar, etc. |  |
| Indique promedio mensual de Ingresos Monetarios.[[11]](#footnote-11) | $ |

1. **PROGRAMAS SOCIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El postulante participa activamente de algún programa para persona en situación de calle? | Elija un elemento. |
| Indique cuál o cuáles programas (por ejemplo; Programa Calle del Subsistema SS.OO; Programa de Salud Mental, Programa Tratamiento Drogas de SENDA, programa de Empleabilidad de FOSIS, Centro de Día Programa Noche Digna, etc.) |  |
| Indique fecha de ingreso al o los programas. |  |

1. **REDES DE APOYO**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El postulante vive con algún familiar o persona significativa en calle? | Elija un elemento. |
| Especifique el parentesco o relación con el familiar o persona significativa en calle. | Elija un elemento. |
| ¿El familiar o persona significativa en calle es mayor de edad? | Elija un elemento. |
| ¿El postulante manifiesta interés en continuar viviendo con dicho familiar o persona significativa? | Elija un elemento. |

1. **ASPECTOS GENERALES DE LA PERMANENCIA EN SITUACIÓN DE CALLE**

|  |
| --- |
| Aspectos generales de la permanencia en situación de calle (causas, deterioro, quiebres familiares, hitos, etc.). |
|  |

1. **MOTIVACIÓN PARA EL INGRESO**

|  |
| --- |
| Especificar los motivos por los cuales el/la postulante desea ingresar a la Vivienda con Apoyo. |
|  |

1. **COMUNA DE RESIDENCIA**

|  |
| --- |
| ¿En el caso de quedar seleccionado, en cuáles comunas le gustaría residir?. Nombrar al menos una y motivos |
|  |

1. **OPINIÓN EQUIPO PROFESIONAL**

|  |
| --- |
| Especificar los principales argumentos que el equipo considera relevante para proponer el ingreso del postulante al Programa Vivienda con Apoyo. |
|  |

### ANEXO 2: INFORME SOCIAL

**INFORME SOCIAL POSTULANTE, PROGRAMA VIVIENDA CON APOYO**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Identificación del/la postulante** | |
| **Nombre:** |  |
| **RUT:** |  |
| **Nacionalidad:** |  |
| **Fecha de nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Ocupación:** |  |
| **Punto Calle:** |  |
| **Previsión de Salud:** |  |
| **Teléfono de contacto:** |  |

|  |
| --- |
| **II. Historia de vida (refiérase a la historia del postulante, identifique antecedentes familiares o de redes de apoyos significativos, fechas relevantes, institucionalizaciones, y todos los antecedentes relevantes (Hitos) que permita conocer la biografía de la persona. Incluya aspectos de la vida del postulante antes de llegar a situación de calle)** |
|  |
| GENOGRAMA |

|  |
| --- |
| **III. Situación de salud (Detalle aspectos relevantes de la situación de salud física, mental y de consumo del postulante. Detalle si cuenta con consciencia de problema, en el caso de existir consumo problemático u otro problema de salud, motivación al cambio, continuidad de tratamientos, etc.)** |
|  |

|  |
| --- |
| **IV. Situación económica. (Detalle la capacidad que posee el postulante para generar ingresos. Habilidades laborales, fuentes de ingresos permanentes, manejo del dinero, etc.)** |
|  |
| **V. Situación habitacional. (Detalle información si la persona cuenta con algún Subsidio Habitacional o bien es propietario del algún bien inmueble).** |
|  |
| **VI. Detalle la rutina semanal del postulante, incluyendo horarios, lugares transitados, personas significativas en dicha rutina, etc.** |
|  |
| **VII. Principales conclusiones del/la profesional** |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del/la profesional que emite el informe

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA:** | / / |

1. Anexe Copia de la Cedula de Identidad o certificado de nacimiento (este último puede obtenerse a través de la página web del Registro Civil). [↑](#footnote-ref-1)
2. "Se entenderá por personas en situación de calle para efectos del reglamento referido, aquellas personas y/o familias, que carecen de residencia fija y que pernoctan en lugares, públicos o privados, que no tienen las características básicas de una vivienda aunque cumplan esa función (no incluye campamentos). Asimismo, aquellas personas que deconformidad con una reconocida trayectoria de situación de calle, según determine el ejecutor del Programa eje, reciben alojamiento temporal o por periodos significativos, provistos por instituciones que le brindan apoyo biopsicosocial" (Ley 20.595). [↑](#footnote-ref-2)
3. Anexe copia de la Cartola de RSH. [↑](#footnote-ref-3)
4. Debe acreditar el N° de años en situación de calle mediante informe social emitido por la institución derivadora. Utilizar formato anexo. [↑](#footnote-ref-4)
5. Se considera punto de calle a los diversos espacios en que pernoctan y/o se encuentran personan en situación de calle, tales como: calles, plazas, esquinas, sitios eriazos, paradero o estaciones de metro, cajeros automático, centros comerciales, malls, supermercados, mercados, puertos, líneas y estaciones de trenes, puentes, túneles, campo, vehículos abandonados, afuera de los servicios de salud, hospederías, albergues, centros de referencias, residencias, entre otros. [↑](#footnote-ref-5)
6. Anexe copia de Certificado de Discapacidad [↑](#footnote-ref-6)
7. Anexe copia de Certificado de Discapacidad [↑](#footnote-ref-7)
8. Anexe copia de los resultados obtenidos del instrumento [↑](#footnote-ref-8)
9. La Ley N° 20.422 define la dependencia funcional como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida”. Se categorizó como dependencia severa cuando la persona tiene demencia o cuando tiene incapacidad para efectuar 1 ABVD o 2 AIVD. [↑](#footnote-ref-9)
10. Corresponden a la suma de todos los pagos que reciben las personas, provenientes tanto del trabajo como de la propiedad de los activos. Estos incluyen sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente, la auto-provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, dividendos y retiro de utilidades, jubilaciones, pensiones o montepíos, y transferencias corrientes.   [↑](#footnote-ref-10)
11. Corresponde a la suma de los ingresos autónomos y los subsidios monetarios percibidos por la persona u hogar. [↑](#footnote-ref-11)