**FICHA DE POSTULACIÓN PROGRAMA VIVIENDA PRIMERO**

**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 del/la postulante |  |
| Nombre Social (si lo tuviese) |  |
| R.U.N [[1]](#footnote-1) |  |
| Género |  |
| 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. |  |
| Previsión de salud |  |
| ¿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 |  |

**IV. ANTECEDENTES PENALES**

Se requiere conocer los antecedentes penales de la persona postulante. Esto no es un requisito de ingreso, pero es un antecedente relevante de conocer. Recuerde adjuntar certificado de antecedentes.

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tiene antecedentes penales? (Si, no, no sabe) |  |
| ¿En qué estado se encuentran los antecedentes? Señale en el caso de conocer más información. |  |

**V.ANTECEDENTES TRAYECTORIA SITUACIÓN DE CALLE**

|  |  |
| --- | --- |
| Indique el N° total de años en situación de calle |  |
| Del total de años en situación de calle, indique la cantidad de años pernoctando en la vía pública |  |
| Punto de calle[[4]](#footnote-4) donde pernocta actualmente (último mes) el postulante. | (Albergue, Hospedería, Vía Pública, Otro) |
| 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. |  |

**VI. ANTECEDENTES DE SALUD FÍSICA**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Presenta alguna enfermedad física? 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 la enfermedad física que posee la persona en relación con 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 tipos/s de tratamiento que sigue el postulante, con el mayor nivel de detalle posible (periodicidad, esquema farmacológico, etc.) |  |

**VII. DISCAPACIDAD FÍSICA**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Presenta Discapacidad Física? Si la respuesta es Sí continúe con la siguiente pregunta. Si es No pase al punto VII de la Ficha. |  |
| ¿Cuenta con acreditación de discapacidad física?[[5]](#footnote-5) |  |

**VIII. 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 IX 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 tipos/s de tratamiento y/o atención psiquiátrica, psicológica relativa al diagnóstico con el mayor detalle posible (periodicidad, esquema farmacológico, etc.). |  |

**IX. DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Presenta Discapacidad Intelectual? 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?[[6]](#footnote-6) | Elija un elemento. |

**X. 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 XI 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) |  Bajo riesgo, intensivo, consumo perjudicial o dependencia |
| ¿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.) |  |

**XI. SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL**

Se sugiere que la situación de dependencia funcional sea evaluada Por un/a terapeuta ocupacional

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El postulante es Autovalente o requiere algún apoyo para vivir autónomamente?  | Elija un elemento. |
| ¿Cuál es el resultado de la Escala de Barthel? Describa los resultados |  |
| ¿Cuál es el resultado de la Escala de Independencia (FIM)? Describa los resultados |  |
| ¿Qué áreas de dependencia funcional posee el/la postulante | Elija un elemento. |
| ¿Requiere supervisión en algún área? |  |
| ¿Cuenta con EMPA/EMPAM?  | Elija un elemento. |
| En el caso de contar con EMPA/EMPAM, Indique los resultados obtenidos  |  |

**XII. 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 XIII de la Ficha. | Elija un elemento. |
| Identifique la ocupación actual del/la participante | 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 XII. | 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.[[7]](#footnote-7) | $ |

**XIII. 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 XIV 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.[[8]](#footnote-8) | $ |

**XIV. 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. |  |
| ¿Actualmente el/la postulante participa de alguna oferta del Programa Noche Digna? | (Centro de día, Hospedería, Residencia, Casa Compartida, Centro de referencia, CAM, CAT, Albergue, Rutas sociales) |
| Indique fecha de ingreso al o los programas |  |

**XV. 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. |

**XVI. MOTIVACIÓN PARA EL INGRESO**

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

**XVII. COMUNA DE RESIDENCIA**

|  |
| --- |
| ¿En el caso de quedar seleccionado, en cuáles comunas le gustaría residir? Nombrar al menos una. |
|  |
| Escribir brevemente los motivos por el que les gustaría residir en esa/s comuna/s |
|  |

**XVIII. OPINIÓN EQUIPO PROFESIONAL**

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

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. 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 automáticos, 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-4)
5. [↑](#footnote-ref-5)
6. Anexe copia de Certificado de Discapacidad [↑](#footnote-ref-6)
7. 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-7)
8. Corresponde a la suma de los ingresos autónomos y los subsidios monetarios percibidos por la persona u hogar. [↑](#footnote-ref-8)