

Secretaría Nacional de Discapacidad

Avenida Williamson Place, La Boca, Ancon, No. 0766
Teléfonos: (507)228-3031; 314-1079; 314-1017 Telefax 228-7071



DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION Y PARTICIPACION CIUDADANA DEPARTAMENTO DE SERVICIOS Y ORIENTACION REGISTRO DE PRESTACION DE SERVICIO



Fecha: _____

DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO (ENTREVISTADO)

Nombre: _____

Cedula _____ edad: _____ sexo _____

Dirección _____

Teléfonos: _____

Tipo de solicitud:

FODIS

FAMI EMPRESA

SUBSIDIO

DATOS GENERALES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Nombre: _____

Cedula _____ edad: _____ sexo _____

Tipo de discapacidad: _____

Dirección _____

Teléfonos: _____

Relación con el entrevistado: _____

Firma del entrevistado: _____ Cedula: _____

SERVICIO BRINDADO (Para uso de la oficina)

Orientación Social

Orientación Psicológica

Asistencia de Interprete

Orientación legal

Entrega de documentos completos _____ Solicitud de status del expediente _____

Orientación sobre: Subsidio _____ Fodis _____ Fami-Empresas _____

Referencia a otra institución: _____ Referencia a otro especialista _____

Solicitud de caja menuda: transporte _____ alimentación _____

Observaciones: _____

Nombre del Técnico Responsable _____

Especialidad: _____ No de Idoneidad: _____

Secretaría Nacional de Discapacidad

Avenida Williamson Place, La Boca, Ancón, No. 0766
Teléfonos: (507)228-3031; 314-1079; 314-1017 Telefax 228-7071



INFORME SOCIAL

No. _____

Fecha del informe:

1. DATOS GENERALES:

Nombre de la persona _____ / _____
Con discapacidad: Nombres Apellidos

_____ de Casada

Cédula: _____ Seguro Social: _____

Pensionado SI NO Monto de la pensión: B/. _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: Años cumplidos: _____
Día / mes / año

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Casado Unido Divorciado Viudo

Otro: _____

Persona responsable: _____ Cédula: _____

Parentesco: _____

Dirección: Provincia: _____ Distrito: _____
Corregimiento: _____ Comunidad o Barrio: _____ Sector: _____
Calle: _____ No. de Casa: _____
Teléfonos de residencia: _____ Celular: _____ Otro: _____

Punto de referencia:

2. NIVEL DE EDUCACIÓN

ESTUDIOS	CENTRO EDUCATIVO	ÚLTIMO AÑO APROBADO	TÍTULO OBTENIDO,
Primaria			
Pre- media			
Media			
Técnica			
Universitaria			
Otros			

3. ASPECTO LABORAL

Ocupación:

Lugar de trabajo:

Ingreso/Salario:

4. HISTORIA PERSONAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

4.1 ASPECTOS MÉDICOS:

Diagnóstico médico:

Es su discapacidad: Congénita Adquirida:

Impacto de la discapacidad en la vida funcional: En nada Moderado Severo

Explique:

Recibe algún tipo de tratamiento de medicamentos: SI NO

Explique.

Utiliza algún tipo de ayuda Técnica: SI NO

Explique: _____

5. COMPOSICIÓN FAMILIAR: (Incluyendo a la persona con discapacidad)

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>

6. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR:

7. SITUACIÓN ECONÓMICA (INGRESOS Y EGRESOS FAMILIARES):

Ingresos		Egresos	
Nombre(s) del Gestor del Ingreso	Cantidad	Detalle	Cantidad
Total		Total	

Observaciones:

8. CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO AMBIENTE:

9. VIVIENDA Y MOBILIARIO:

10. IMPRESIÓN DIAGNÒSTICA:

11. PLAN A SEGUIR:

12. RECOMENDACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL:

13. LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL:

Lic. _____ Código: _____
Trabajador Social

Lugar de Trabajo: _____

Teléfonos: _____ / _____

Secretaría Nacional de Discapacidad

Avenida Williamson Place, La Boca, Ancón, No. 0766
Teléfonos: (507)228-3031; 314-1079; 314-1017 Telefax 228-7071



DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION Y PARTICIPACION CIUDADANA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS Y ORIENTACION
CONSTANCIA DE RECIBO DE DOCUMENTOS

PERSONA CON DISCAPACIDAD: _____ CEDULA: _____

TELEFONOS: _____ FECHA: _____

ENTREGADO POR _____ CEDULA: _____

DOCUMENTOS COMPLETOS ENTREGADOS PARA TRAMITAR:

FODIS FAMI EMPRESA SUBSIDIO

FUNCIONARIO QUE RECIBE

TECNICO QUE REvisa

Secretaría Nacional de Discapacidad

Avenida Williamson Place, La Boca, Ancón, No. 0766
Teléfonos: (507)228-3031; 314-1079; 314-1017 Telefax 228-7071



DIRECCION NACIONAL DE PROMOCION Y PARTICIPACION CIUDADANA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS Y ORIENTACION
CONSTANCIA DE RECIBO DE DOCUMENTOS

PERSONA CON DISCAPACIDAD: _____ CEDULA: _____

TELEFONOS: _____ FECHA: _____

ENTREGADO POR _____ CEDULA: _____

DOCUMENTOS COMPLETOS ENTREGADOS PARA TRAMITAR:

FODIS FAMI EMPRESA SUBSIDIO

FUNCIONARIO QUE RECIBE

TECNICO QUE REvisa

