

2019

**Programa Tránsito a la Vida Independiente**  
**Bases Técnicas y Administrativas**

**INDICE**

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. ANTECEDENTES                                                          | 3  |
| 2. RECURSOS DISPONIBLES                                                  | 4  |
| 3. ETAPAS DE LA CONVOCATORIA                                             | 5  |
| 4. POSTULACIÓN                                                           | 6  |
| 4.1. Postulantes                                                         | 6  |
| 4.2. Quiénes están inhabilitados/as para postular                        | 6  |
| 4.3. Beneficiarios/as                                                    | 7  |
| 4.4. Cómo postular                                                       | 7  |
| 4.5. Período de consultas                                                | 8  |
| 5. ADMISIBILIDAD                                                         | 9  |
| 5.1. Requisitos de Admisibilidad para modalidad colectiva y capacitación | 9  |
| 5.2. Requisitos de Admisibilidad para modalidad individual               | 10 |
| 6. EVALUACIÓN                                                            | 12 |
| 6.1. Puntuación General                                                  | 12 |
| 6.2. Puntuación Adicional                                                | 13 |
| 7. ADJUDICACIÓN                                                          | 15 |
| 7.1. Adjudicación de Lista de Espera                                     | 16 |
| 8. SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS                                              | 17 |
| 9.1. Plazos de ejecución                                                 | 19 |
| 9.2. Transferencia de recursos.                                          | 19 |
| 9.3. Ejecución de proyectos.                                             | 19 |
| 9.4. Supervisión y seguimiento.                                          | 19 |
| 9.5. Solicitud de modificación.                                          | 19 |
| 9.6. Cierre                                                              | 20 |
| 9.7. Criterios de renovación                                             | 20 |
| 10. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS                                            | 22 |
| 10.1. Descripción del programa                                           | 22 |
| 10.2. Marco Conceptual                                                   | 22 |
| 10.3. Modalidades de entrega                                             | 24 |
| 10.4. Modalidad Colectiva                                                | 24 |
| 10.4.3 Restricciones de financiamiento                                   | 26 |
| 10.5. Modalidad individual                                               | 26 |
| 10.5.1 Consideraciones generales                                         | 26 |
| 10.6. Modalidad Capacitación                                             | 28 |
| 11. ANEXOS                                                               | 29 |

## 1. ANTECEDENTES

El Programa Tránsito a la Vida Independiente de SENADIS pone a disposición las Bases Técnicas y Administrativas de su Segunda Convocatoria Pública para el año 2019.

El camino recorrido desde la entrada en vigencia de este programa y a tres años de su Primera Convocatoria pública, ha sido fructífero y exitoso para las personas adultas entre 18 y 59 años con discapacidad, que producto del financiamiento de servicios de apoyo y adaptaciones del entorno, han podido avanzar hacia la vida independiente en condiciones de mayor autonomía y autodeterminación, permitiéndoles mejorar su calidad de vida y participación social, según los resultados obtenidos a partir de los instrumentos de evaluación aplicados.

Estos primeros años de ejecución del programa han permitido dar cumplimiento a las normativas vigentes en la materia, a través del fortalecimiento de políticas públicas cada vez más centradas en las necesidades y preferencias individuales, en los proyectos de vida y en la igualdad de condiciones para la inclusión social, tal como mandata la Ley 20.422 y la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En este sentido, se debe continuar avanzando en el acceso a las prestaciones de servicios de apoyo para personas con discapacidad, como uno de los ejes fundamentales para el aseguramiento del goce pleno de derechos, como lo es la participación en los contextos laborales, educativos, sociales, recreacionales, entre otros, atendiendo a la letra b) del artículo 19° de la Convención, la cual indica que: “las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial u otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta”. Asimismo, se debe continuar promoviendo la autonomía personal a través de la provisión de servicios de apoyo, tal como se menciona en el artículo 12° de la Ley 20.422.

La Segunda Convocatoria Pública del Programa Tránsito a la Vida Independiente busca seguir entregando bienes y servicios bajo los enfoques de Derechos Humanos, Autonomía y Autodeterminación y Calidad de Vida, lo cual se refleja en la participación activa de las personas con discapacidad a la hora de escoger su servicio de apoyo, así como a su asistente personal, además de decidir la forma y frecuencia con la que desea recibir la ayuda, y del mismo modo, las adaptaciones del entorno.

Finalmente, en este nuevo proceso, se sumará la modalidad de capacitación, con la cual se espera financiar estrategias que continúen fortaleciendo los enfoques ya mencionados y que dispongan de cobertura nacional, con el objetivo de seguir empoderando a las personas con discapacidad, sus familiares, cuidadores/as, asistentes personales, técnicos y/o profesionales, proporcionando cada vez más servicios de acuerdo a las preferencias e intereses individuales con el fin de apoyar el cumplimiento de un proyecto de vida enmarcado en el ciclo vital de la adultez y provisto de oportunidades para el ejercicio de los derechos, en condiciones de autonomía y autodeterminación.

2. RECURSOS DISPONIBLES

Esta Segunda Convocatoria Pública dispone de **\$1.331.161.000.-** (mil trescientos treinta y un millones ciento sesenta y un mil pesos), distribuido en tres modalidades distintas (ver Punto 4.1 de las presentes Bases).

Para las modalidades Colectiva e Individual, el presupuesto se distribuyó regionalmente estableciendo un mínimo de **\$20.000.000** por región, además de considerar la prevalencia de discapacidad regional (ENDISC II) y el promedio de los montos ejecutados del Programa durante los últimos 3 años.

Para la modalidad de Capacitación, se estableció un monto disponible nacional.

A continuación, se presentan los montos disponibles para cada modalidad:

| Región                            | TOTAL           | Individual    | Colectivo      |
|-----------------------------------|-----------------|---------------|----------------|
| Arica y Parinacota                | \$ 23.500.000   | \$ 7.224.000  | \$ 16.276.000  |
| Tarapacá                          | \$ 24.500.000   | \$ 7.224.000  | \$ 17.276.000  |
| Antofagasta                       | \$ 26.000.000   | \$ 10.836.000 | \$ 15.164.000  |
| Atacama                           | \$ 26.000.000   | \$ 9.030.000  | \$ 16.970.000  |
| Coquimbo                          | \$ 77.000.000   | \$21.672.000  | \$ 55.328.000  |
| Valparaíso                        | \$ 72.000.000   | \$ 18.060.000 | \$ 53.940.000  |
| Metropolitana                     | \$ 583.500.000  | \$ 79.464.000 | \$ 504.036.000 |
| Libertador Bernardo O'Higgins     | \$ 50.000.000   | \$14.448.000  | \$ 35.552.000  |
| Maule                             | \$ 54.500.000   | \$18.060.000  | \$ 36.440.000  |
| Ñuble                             | \$ 22.500.000   | \$ 7.224.000  | \$ 15.276.000  |
| Biobío                            | \$ 84.000.000   | \$ 18.060.000 | \$ 65.940.000  |
| Araucanía                         | \$ 41.000.000   | \$10.836.000  | \$ 30.164.000  |
| Los Ríos                          | \$ 28.500.000   | \$10.500.000  | \$ 19.470.000  |
| Los Lagos                         | \$ 42.000.000   | \$10.500.000  | \$ 31.164.000  |
| Aysén                             | \$ 25.000.000   | \$ 10.836.000 | \$ 14.164.000  |
| Magallanes y Antártida Chilena    | \$ 20.000.000   | \$ 7.224.000  | \$ 12.776.000  |
| NACIONAL (Modalidad Capacitación) | \$ 131.161.000  |               |                |
| Total                             | \$1.331.161.000 |               |                |

3. ETAPAS DE LA CONVOCATORIA

| Hitos                                                                            | Fecha                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| PUBLICACIÓN DE BASES                                                             | Jueves 03 de enero de 2019                        |
| INICIO POSTULACIÓN                                                               | Lunes 14 de enero de 2019                         |
| Recepción de consultas a las bases                                               | Jueves 03 al jueves 10 de enero de 2019           |
| Publicación de respuestas a consultas a las bases                                | Lunes 14 de enero de 2019                         |
| CIERRE POSTULACIÓN                                                               | Lunes 28 de enero de 2019                         |
| Solicitud de antecedentes complementarios (se notificará por correo electrónico) | Jueves 14 de febrero de 2019                      |
| Recepción de antecedentes complementarios                                        | Viernes 15 al jueves 21 de febrero de 2019        |
| PUBLICACIÓN RESULTADOS DE ADMISIBILIDAD                                          | Martes 05 de marzo de 2019                        |
| Evaluación técnica y financiera                                                  | Lunes 25 de febrero al martes 19 de marzo de 2019 |
| Presentación a Consejo Consultivo                                                | Lunes 01 al miércoles 03 de abril de 2019         |
| PUBLICACIÓN DE PROYECTOS ADJUDICADOS Y LISTA DE ESPERA                           | Jueves 04 de abril de 2019                        |
| Suscripción de convenios y envío de instrumento de garantía (según corresponda)  | Miércoles 10 al viernes 26 de abril de 2019       |
| PUBLICACIÓN DE PROYECTOS DESISTIDOS Y ADJUDICACIÓN DE LISTA DE ESPERA            | Lunes 06 de mayo de 2019                          |
| INICIO DE EJECUCIÓN DE PROYECTOS                                                 | Viernes 17 de mayo de 2019                        |

## 4. POSTULACIÓN

### 4.1. Postulantes

El Programa tiene tres modalidades de financiamiento a las que se podrá postular, estas son:

- a) **Modalidad Colectiva:** Podrán postular organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro para proveer servicios de apoyo y adaptaciones del entorno que promuevan el tránsito a la vida independiente de personas con discapacidad y dependencia entre 18 y 59 años.
- b) **Modalidad Individual:** Podrán postular personas con discapacidad entre 18 y 59 años para recibir servicios de apoyo y adaptaciones del entorno que favorezcan su tránsito a la vida independiente.
- c) **Modalidad Capacitación:** Podrán postular organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro para proveer acciones de capacitación con cobertura nacional, a personas con discapacidad entre 18 y 59 años, sus asistentes, familiares, equipos de atención y/u otros/as actores relevantes.

Los/as postulantes de todas las modalidades, deberán cumplir los requisitos de admisibilidad detallados en el punto N°5 de las presentes bases.

### 4.2. Quiénes están inhabilitados/as para postular

No podrán postular a la modalidad colectiva y capacitación:

- a. Entidades privadas sin fines de lucro, que tengan menos de un año de vigencia legal considerado a la fecha de su postulación, contados desde la fecha del otorgamiento de su personalidad jurídica.
- b. Entidades que tengan litigios pendientes con SENADIS.
- c. Entidades que posean obligaciones pendientes con SENADIS<sup>1</sup>.
- d. Entidades que hayan sido condenadas por infracciones a la Ley N°20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.
- e. Entidades cuyos Directores/as, Administradores/as y/o Representantes, sean funcionarios/as de SENADIS.
- f. Entidades cuyos Directores/as, Administradores/as y/o Representantes tengan la calidad de cónyuge, hijos/as, adoptados/as o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y los/as funcionarios/as directivos/as del SENADIS.

Los requisitos señalados en los literales **d**, **e** y **f** serán acreditados mediante una declaración jurada simple, de acuerdo al formato del Anexo N°4, la que deberá ser firmada por el **Representante legal de la organización**. La veracidad de la información ahí contenida es de exclusiva responsabilidad de la entidad postulante. De entregarse información falsa o errónea, el correspondiente proyecto será declarado inadmisibile.

No podrán postular a la **modalidad individual**:

- a. Personas naturales que tengan litigios pendientes con SENADIS.
- b. Personas naturales que posean obligaciones pendientes con SENADIS<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Se entenderá por obligaciones pendientes aquellas en que el(a) postulante no haya efectuado la restitución total o parcial de los recursos entregados, debiendo hacerlo, o bien cuando no haya efectuado la rendición dentro de plazo o el Servicio realizó observaciones a la misma y éstas no han sido subsanadas.

- c. Personas naturales que sean funcionarios/as de SENADIS contratadas a plazo fijo o indefinido.
- d. Personas naturales que se encuentren recibiendo algún financiamiento de SENADIS para la contratación de servicios de apoyo en el contexto educativo.
- e. Personas adultas que formen parte de la base de datos de la Red SENAME (Revisado a través de sistema SENAINFO).

Los requisitos señalados anteriormente serán revisados por SENADIS.

#### 4.3. Beneficiarios/as

El Programa busca favorecer el tránsito a la vida independiente de personas entre los 18 y 59 años de edad, con discapacidad y dependencia, en cualquier grado.

En la modalidad individual, las personas con discapacidad beneficiarias deberán estar inscritas en el Registro Nacional de la Discapacidad (RND).

En las modalidades colectiva y capacitación, al menos 5 personas con discapacidad beneficiarias deberán estar inscritas en el RND. Todo nuevo beneficiario que acceda al proyecto, deberá estar inscrito en el RND o haber iniciado su proceso obligatoriamente durante la ejecución.

Además, en las modalidades colectiva y capacitación se pueden contemplar acciones dirigidas a: asistentes personales, familiares, técnicos, profesionales, directivos/as y otros/as actores que se relacionen con los/as beneficiarios/as, sin embargo, siempre deben estar dirigidas a promover el tránsito a la vida independiente e inclusión social de las personas con discapacidad ya identificadas.

#### 4.4. Cómo postular

Para postular al Programa Tránsito a la Vida Independiente, los pasos son los siguientes:

1. Entrar a <http://proyectos.senadis.cl> para crear un usuario, con el cual podrá ingresar su postulación.
2. Seleccionar la modalidad a la que está postulando (colectiva, individual o capacitación).
3. En la modalidad individual, se espera que la persona con discapacidad sea quien cree su usuario, sin embargo, y de manera excepcional, debido por ejemplo al nivel de dependencia y necesidad de apoyo de la persona para realizarlo, podrá otra persona crear el usuario y postular por ella. En dicho caso se le solicitará a quien cree el usuario indicar el vínculo que tiene con la persona con discapacidad.
4. Completar el Formulario de Postulación de la modalidad que corresponda.
5. Adjuntar todos los documentos señalados en el punto N°5, de acuerdo a la modalidad a la que postula.

Una vez finalizada su postulación, el sistema arrojará automáticamente un número de Folio, el que identificará de manera única la solicitud realizada. Dicho número debe ser anotado y registrado por quien postula y deberá ser utilizado en cada una de las etapas siguientes para identificar el proyecto en el sistema.

**Se recomienda presentar los proyectos anticipadamente para evitar congestiones y/o problemas de saturación de la página web.**

---

<sup>2</sup> Se entenderá por obligaciones pendientes aquellas en que el(a) postulante no haya efectuado la restitución total o parcial de los recursos entregados, debiendo hacerlo, o bien cuando no haya efectuado la rendición dentro de plazo o el Servicio realizó observaciones a la misma y éstas no han sido subsanadas.

**Nota:** Las Direcciones Regionales podrán apoyar el proceso de postulación a organizaciones y personas naturales, pudiendo disponer de un espacio físico y/o los recursos tecnológicos necesarios para quienes lo requieran, así como apoyo y orientaciones. Sólo en la modalidad individual, y de forma excepcional, la Dirección Regional podrá solicitar al Nivel Central que se acepte una postulación en papel (no digital), la que deberá ser autorizada por el Nivel Central.

#### **4.5. Período de consultas**

Se recibirán consultas sobre estas Bases entre los días **jueves 03 y jueves 10 de enero de 2019**, a través del correo electrónico [vidaIndependiente@senadis.cl](mailto:vidaIndependiente@senadis.cl)

Las consultas se responderán vía correo electrónico y se publicarán todas las respuestas en la página web institucional, [www.senadis.gob.cl](http://www.senadis.gob.cl), a más tardar el día **lunes 14 de enero de 2019**.

Las respuestas formarán parte integrante de las presentes Bases. SENADIS se reserva el derecho de efectuar aclaraciones y/o modificaciones a las presentes Bases hasta el lunes 14 de enero de 2019, por tanto, sugerimos estar pendiente del sitio web por eventuales actualizaciones.



5. ADMISIBILIDAD

Es la etapa de revisión del cumplimiento de requisitos por parte de los/as postulantes, lo que va a depender de la modalidad de financiamiento a la que se está postulando.

En caso de incumplimiento de alguno de los requisitos de admisibilidad, se les notificará por correo electrónico el día **jueves 14 de febrero de 2019** y se otorgará, por única vez, un plazo de 5 días hábiles, hasta el **jueves 21 de febrero de 2019**, para que subsane y complemente los antecedentes para continuar con el proceso de evaluación.

Para esto, los/as postulantes deberán indicar un correo electrónico de contacto en el formulario de postulación.

El/La postulante que no responda en el plazo indicado, se tendrá por desistido.

A su turno, cuando los documentos enviados por el/la postulante, no cumplan con lo requerido por las Bases, se tendrá por inadmisibile su postulación.

Tanto las postulaciones admisibles, como aquellas inadmisibles y desistidas, serán publicadas a través de una resolución exenta que indicará los motivos de la admisibilidad, inadmisibilidad o desistimiento, según corresponda, el día **martes 05 de marzo de 2019**, en la página web del Servicio.

5.1. Requisitos de Admisibilidad para modalidad colectiva y capacitación

Para la admisibilidad de las modalidades colectiva y capacitación, se deberá cumplir los siguientes requisitos y adjuntar toda la documentación necesaria, dentro de los plazos establecidos.

Se sugiere utilizar el Anexo N°3 Tabla de chequeo, para corroborar todos los documentos que deben adjuntarse a la postulación.

|   | Requisito de Admisibilidad                                                                                                  | Medio de Verificación                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Efectuar la postulación en forma íntegra dentro del plazo.                                                                  | Será revisado por SENADIS en la Plataforma institucional de postulación TVI 2018                                                                                                                                                                                                         |
| 2 | Entidad postulante no se encuentre inhabilitada para postular de acuerdo a lo señalado en el punto 4.2                      | Adjuntar Declaración Jurada simple (Anexo N° 4) firmada por representante legal.<br>Adjuntar copia simple de la cédula de identidad por ambos lados de representante legal de la organización postulante.<br>Adjuntar documento de Personería del/ de la Representante Legal (Anexo N°5) |
| 4 | Tener al menos un año de vigencia legal.<br><br><b>*Las organizaciones públicas están exentas de cumplir este requisito</b> | Adjuntar certificado que acredite su vigencia, emitido por el organismo pertinente de conformidad a la naturaleza jurídica de quien postula (en original o copia autorizada ante Notario) de antigüedad no superior a 60 días anteriores a la fecha de cierre de las postulaciones.      |
| 5 | Contar con una cuenta bancaria que esté a nombre única y exclusivamente de la persona jurídica que postula.                 | Adjuntar copia simple del RUT de la organización por ambos lados<br>Adjuntar documento emitido por el Banco o captura de pantalla del perfil bancario de la                                                                                                                              |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                   | página web del Banco, <u>que indique claramente</u> : nombre del banco, RUT de el/la postulante, número de cuenta, tipo de cuenta (cuenta corriente, chequera electrónica, cuenta vista o cuenta de ahorro).                                                                                                                                           |
| 6  | Certificar a lo menos 5 personas con discapacidad inscritas en el RND entre 18 y 59 años.                                                                                                                                                         | Será revisado por SENADIS en plataforma del Registro Nacional de la Discapacidad del Servicio de Registro Civil e Identificación, de acuerdo a la nómina de beneficiarios del Formulario de postulación.<br><br>*Se sugiere adjuntar copia simple por ambos lados de la credencial del RND de al menos 5 personas con discapacidad entre 18 y 59 años. |
| 7  | El presupuesto solicitado esté dentro del rango permitido de acuerdo a la modalidad de postulación.<br><br>Modalidad colectiva: <b>\$4.000.000</b> a <b>\$60.000.000</b><br><br>Modalidad capacitación: <b>\$35.000.000</b> a <b>\$50.000.000</b> | Será revisado por SENADIS en el Formulario de postulación.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 8  | El tiempo de duración del proyecto es de 12 meses, de acuerdo a lo señalado en las presentes bases                                                                                                                                                | Será revisado por SENADIS en el Formulario de postulación.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 9  | Entidad postulante debe estar inscrita en el registro de receptores de fondos públicos a la fecha de cierre de postulación                                                                                                                        | Será revisado por SENADIS en el Registro Central de Colaboradores del Estado y Municipalidades<br><a href="https://www.registros19862.cl">https://www.registros19862.cl</a>                                                                                                                                                                            |
| 10 | No tener litigios pendientes con SENADIS.                                                                                                                                                                                                         | Será revisado por SENADIS en sus registros internos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

Además de estos requisitos, durante la evaluación técnica se revisará que quien postula no tenga obligaciones pendientes con SENADIS<sup>3</sup>. Si quien postula tiene obligaciones pendientes con SENADIS, el proyecto postulado se declarará como desistido.

**5.2. Requisitos de Admisibilidad para modalidad individual**

Para postular a la modalidad individual, las **personas** deberán cumplir los siguientes requisitos y adjuntar toda la documentación necesaria, dentro de los plazos establecidos.

Se sugiere utilizar el anexo N°3 Tabla de chequeo, para corroborar que cuenta con todos los documentos que debe adjuntar a la postulación.

<sup>3</sup> Se entenderá por obligaciones pendientes aquellas en que el(a) postulante no haya efectuado la restitución total o parcial de los recursos entregados, debiendo hacerlo, o bien cuando no haya efectuado la rendición dentro de plazo o el Servicio realizó observaciones a la misma y éstas no han sido subsanadas.

|   | Requisito de Admisibilidad                                                                                                                         | Medio de Verificación                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Haber efectuado la postulación en forma íntegra dentro del plazo                                                                                   | Será revisado por SENADIS en la Plataforma institucional de postulación TVI 2018                                                                                                                                                                                                                    |
| 2 | Tener entre 18 y 59 años de edad                                                                                                                   | Adjuntar copia simple por ambos lados de la cédula de identidad vigente de quien postula.                                                                                                                                                                                                           |
| 3 | Estar inscrito/a en el Registro Nacional de la Discapacidad (RND)                                                                                  | Adjuntar copia simple por ambos lados de la Credencial del RND de quien postula.                                                                                                                                                                                                                    |
| 4 | No encontrarse inhabilitado/a para postular de acuerdo a lo señalado en el punto 4.2                                                               | Será revisado por SENADIS                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5 | Contar con una cuenta bancaria a nombre de quien postula                                                                                           | Adjuntar documento emitido por el Banco o captura de pantalla del perfil bancario de la página web del Banco, <u>que indique claramente</u> : nombre del banco, RUT de el/la postulante, número de cuenta, tipo de cuenta (cuenta corriente, chequera electrónica, cuenta vista o cuenta de ahorro) |
| 6 | El presupuesto solicitado esté dentro del rango permitido de acuerdo a la modalidad de postulación.<br>(Modalidad individual: <b>\$3.612.000</b> ) | Será revisado por SENADIS en el Formulario de postulación.                                                                                                                                                                                                                                          |
| 7 | El tiempo de duración del proyecto es de 12 meses, de acuerdo a lo señalado en las presentes bases                                                 | Será revisado por SENADIS en el Formulario de postulación.                                                                                                                                                                                                                                          |

Además de estos requisitos, durante la evaluación técnica se revisará que quien postula no tenga obligaciones pendientes con SENADIS<sup>4</sup>. Si quien postula tiene obligaciones pendientes con SENADIS, el proyecto postulado se declarará como inadmisibile.

<sup>4</sup> Se entenderá por obligaciones pendientes aquellas en que el(a) postulante no haya efectuado la restitución total o parcial de los recursos entregados, debiendo hacerlo, o bien cuando no haya efectuado la rendición dentro de plazo o el Servicio realizó observaciones a la misma y éstas no han sido subsanadas.

6. EVALUACIÓN

Los proyectos de la modalidad colectiva y modalidad individual que cumplan con los requisitos de admisibilidad, serán evaluados en la respectiva Dirección Regional de SENADIS. Los proyectos de modalidad capacitación serán evaluados en el nivel central de SENADIS.

En caso de que las personas naturales postulantes o los/as Directores/as, Administradores/as y/o Representantes de las organizaciones postulantes sean parientes de los/as funcionarios/as que participen en el proceso de Evaluación del SENADIS, dichos funcionarios/as de SENADIS deberán abstenerse de participar en el proceso de Evaluación.

En la evaluación se considerarán los recursos solicitados, pudiendo SENADIS modificar el monto de éstos de acuerdo a la consistencia y coherencia entre los objetivos, acciones y presupuesto solicitado. Sin embargo, no podrá disminuirse **más allá del 20%** del presupuesto total del proyecto, para no alterar su naturaleza.

SENADIS se reserva el derecho de realizar consultas a quienes postulan, con el fin de aclarar aspectos específicos de los proyectos. Lo anterior no constituirá, en ningún caso, garantía de adjudicación.

En conjunto con el proceso de evaluación, se revisará que quien postula no tenga obligaciones pendientes con SENADIS, entendidas como que el postulante no haya efectuado la restitución total o parcial de los recursos entregados, debiendo hacerlo, o bien que no haya efectuado la rendición dentro de plazo, o que el Servicio realizara observaciones a la misma y éstas no hayan sido subsanadas. Si quien postula tiene obligaciones pendientes con SENADIS, su proyecto se declarará como inadmisibile.

**NOTA:** Que un proyecto cumpla con los criterios mínimos de admisibilidad no tendrá por consecuencia directa su adjudicación, en el entendido que se tendrá en cuenta el comportamiento financiero de la institución postulante.

6.1. Puntuación General

Las propuestas de todas las modalidades serán evaluadas con los siguientes criterios.

A continuación, se presenta la tabla descriptiva de los criterios y sus respectivos puntajes máximos de acuerdo a las características de cada modalidad de esta convocatoria.

| Criterios                                      | Descripción                                                                                                                                                                        | COL. | IND. | CAP. |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| Pertinencia                                    | Evalúa cómo la solución propuesta permite abordar el problema descrito y contribuye al tránsito a la vida independiente e inclusión social de las personas con discapacidad.       | 30   | 30   | 30   |
| Participación de las personas con discapacidad | Evalúa el nivel de participación activa de las personas con discapacidad en la elaboración, ejecución, evaluación y seguimiento de la iniciativa presentada.                       | 25   | 30   | 20   |
| Coherencia interna                             | Evalúa en qué medida el proyecto ordena en forma coherente y lógica los distintos componentes (objetivos, actividades, recursos, otros) para desarrollar la estrategia de solución | 20   | 30   | 20   |

| Criterios                                         | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                    | COL. | IND. | CAP. |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
|                                                   | propuesta.                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |      |
| Complementari<br>edad de<br>recursos              | Evalúa en qué medida el proyecto incorpora en su estrategia, recursos humanos, materiales y/o financieros adicionales provenientes de otras fuentes (no SENADIS), debiendo ser estos pertinentes y orientados a fortalecer la iniciativa durante su ejecución. | 15   | 5    | 10   |
| Experiencia                                       | Evalúa en qué medida el proyecto cuenta con un equipo ejecutor o servicios de apoyo acorde al logro del objetivo, resultados y las características de la iniciativa.                                                                                           | 10   | 5    | 20   |
| Puntaje máximo general                            |                                                                                                                                                                                                                                                                | 100  |      |      |
| Puntaje mínimo para pasar a etapa de adjudicación |                                                                                                                                                                                                                                                                | 70   |      |      |

| Cada ítem será evaluado conforme los criterios a continuación                                                                                    | Puntaje |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Cumple en forma óptima: Los antecedentes presentados dan cuenta de manera cabal y sobresaliente a lo solicitado en el criterio a evaluar         | 5       |
| Cumple adecuadamente: Los antecedentes presentados dan cuenta de manera conforme y/o satisfactoriamente a lo solicitado en el criterio a evaluar | 3.8     |
| Cumple medianamente: Los aspectos y/o antecedentes presentados dan cuenta de manera suficiente a lo solicitado en el criterio a evaluar          | 2.5     |
| Cumple mínimamente: Los antecedentes presentados dan cuenta de manera parcial o deficientemente a lo solicitado en el criterio a evaluar         | 1.3     |
| No cumple en absoluto: Los antecedentes presentados no cumplen con ninguno de los aspectos señalados en el criterio a evaluar                    | 0       |

6.2. Puntuación Adicional

Los puntajes adicionales serán aplicables sólo para los proyectos que en su evaluación técnica obtengan 70 puntos o más. Se entiende que estos criterios son un mecanismo de priorización.

En este ítem de evaluación la asignación del puntaje será dicotómica, asignándose los puntos señalados en la tabla en caso de cumplirse el criterio, o asignándose puntaje 0 (cero) en caso de no cumplirse.

| Criterios         | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                        | Puntaje   |      |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    | COL./CAP. | IND. |
| Enfoque de Género | Modalidad colectiva o capacitación: Pondera puntaje adicional en caso que el proyecto considere el enfoque de género justificado correctamente (Anexo N°6).<br>Modalidad individual: Pondera puntaje adicional en caso que la beneficiaria sea de género femenino. | 5         | 2    |

| Criterios                                                  | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Puntaje   |      |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | COL./CAP. | IND. |
| Pueblos Indígenas                                          | Modalidad colectiva o capacitación: Pondera puntaje adicional en caso que el proyecto considere el enfoque de pueblos indígenas justificado correctamente (Anexo N° 7).<br>Modalidad individual: Pondera puntaje adicional en caso que el/la beneficiario/a pertenezca a una etnia, presentando certificado de acreditación de calidad indígena emitido por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (Anexo N°8). | 2         | 2    |
| Equipo Inclusivo                                           | Pondera puntaje adicional solo para modalidad colectiva y capacitación. Se considera cuando el equipo ejecutor posee al menos una persona con discapacidad. Deberá adjuntar copia simple de la Credencial de Discapacidad.                                                                                                                                                                                              | 5         | N/A  |
| Instituciones o personas naturales sin adjudicación previa | Pondera puntaje adicional en caso que el proyecto sea postulado por una institución o persona natural que no haya adjudicado un proyecto del Programa TVI en los últimos 3 años, es decir, en los años 2016, 2017 y/o 2018.                                                                                                                                                                                             | 5         | 5    |
| Puntaje adicional máximo                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 17        | 9    |

## 7. ADJUDICACIÓN

Serán susceptibles de adjudicación, sólo aquellos proyectos que hayan obtenido un puntaje **igual o superior a 70 puntos**, antes de aplicarse la puntuación adicional. El proceso de adjudicación se realizará por modalidad Capacitación, Colectiva e Individual. En el caso de generarse lista de espera, esta se detallará solamente para modalidad colectiva e individual, no así en modalidad capacitación.

Una misma organización podrá adjudicarse un máximo de tres proyectos en la modalidad colectiva en todo el país (siempre y cuando sean de distintas regiones del país), no pudiendo exceder de un monto total de **\$80.000.000** (ochenta millones de pesos) entre los tres proyectos adjudicados.

La adjudicación se realizará según los siguientes criterios para cada Modalidad:

### a. Modalidad Individual:

- i. Cada región ordenará sus proyectos en orden descendente de puntaje, hasta alcanzar el total del monto disponible.
- ii. Si la región no logra adjudicar el total del monto asignado en esta modalidad, ya sea por falta de proyectos o porque se sobrepasa el monto disponible, se generará un saldo regional, que se sumará a un fondo nacional para continuar adjudicando proyectos de la modalidad individual. Sin embargo, cada región deberá adjudicar al menos dos proyectos en modalidad individual, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos para el financiamiento.
- iii. Si se genera un nuevo saldo por no adjudicación de iniciativas individuales a nivel nacional, este se traspasará al saldo nacional modalidad colectiva.

### b. Modalidad Colectiva:

- i. Cada región ordenará sus proyectos en orden descendente de puntaje, hasta alcanzar el total del monto disponible.
- ii. Si, la región no logra adjudicar el total del monto asignado en esta modalidad, ya sea por falta de proyectos o porque el último proyecto a adjudicar sobrepasa el monto disponible en la región, se generará un saldo nacional para continuar adjudicando proyectos en modalidad colectiva.
- iii. Si se genera un nuevo saldo por no adjudicación de iniciativas colectivas a nivel nacional, no se adjudicarán más proyectos.

### c. Modalidad capacitación:

- i. Se ordenarán los proyectos de mayor a menor puntaje y se adjudicarán en dicho orden hasta alcanzar el total del monto disponible para capacitación (\$131.161.000.-).
- ii. Si el último proyecto a adjudicar sobrepasa el presupuesto disponible de dicha modalidad, éste no será adjudicado y el presupuesto restante será sumado a un saldo nacional para adjudicar proyectos en modalidad colectiva.

### Mecanismo de desempate:

En caso que dos o más proyectos de una misma modalidad, obtengan el mismo puntaje de evaluación y no puedan ser financiados todos por restricción presupuestaria, se seleccionará aquel proyecto que presente un mayor puntaje en el criterio de Pertinencia. Si el empate persiste, se seguirá en el siguiente orden: Participación de beneficiarios/as, Coherencia, Experiencia y Complementariedad. Si el empate persiste en los cinco criterios de evaluación, la

decisión de financiamiento en modalidad colectiva e individual recaerá en la Dirección Regional de SENADIS respectiva, mientras que, si el empate se da en la modalidad capacitación, la decisión recaerá en la Dirección Nacional de SENADIS.

Todos los proyectos que pasen la etapa de evaluación con un puntaje igual o superior a 70 puntos (antes de aplicarse la puntuación adicional), que no alcanzaron a ser adjudicados por disponibilidad presupuestaria, quedarán en una lista de espera de **carácter nacional**, ordenando los proyectos según el puntaje de evaluación obtenido (de mayor a menor) y separándolos por modalidad colectiva e individual.

SENADIS dictará la resolución exenta que declara los proyectos adjudicados y la lista de espera, la que será publicada en la página web institucional [www.senadis.gob.cl](http://www.senadis.gob.cl) el día **jueves 04 de abril de 2019**.

### **7.1. Adjudicación de Lista de Espera**

En caso de que algún proponente que haya sido adjudicado desista de la firma de convenio, se procederá a adjudicar proyectos de la lista de espera por modalidad colectiva e individual.

Los recursos de la lista de espera nacional se reasignarán en los siguientes casos:

- a. Que algún/a adjudicatario/a renuncie de forma voluntaria al financiamiento de su proyecto.
- b. Que algún/a adjudicatario/a no entregue a SENADIS el convenio firmado dentro del plazo establecido.
- c. Que algún/a adjudicatario/a no haga entrega del instrumento de garantía señalado en el apartado 8 de las presentes Bases, dentro del plazo establecido.

En cualquiera de estos casos se tendrá por desistido el proyecto adjudicado, emitiéndose una resolución exenta que así lo declare.

La adjudicación de la lista de espera nacional se realizará considerando el ranking por modalidad individual o colectiva. Si se vuelven a generar saldos en la lista de espera nacional modalidad individual, estos se traspasarán a la lista de espera nacional colectiva. Finalmente, si de este proceso se generan saldo, **no se adjudicarán más proyectos**.

Los proyectos de la lista de espera que resulten financiados serán notificados a través de la publicación de una Resolución Exenta el día **lunes 06 de mayo de 2019**.

Además, se les informará vía correo electrónico por la Dirección Regional correspondiente, informando el inicio de la etapa y los plazos asociados al proceso de suscripción de convenios.



8. SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS

SENADIS, a través de sus Direcciones Regionales, entregará los siguientes documentos a los/as adjudicatarios/as:

- a. Dos ejemplares del Convenio de Ejecución del Proyecto para su firma.
- b. Guía de Gestión Administrativa de SENADIS.
- c. Orientaciones Técnicas Tránsito a la Vida Independiente.
- d. Informe de evaluación del proyecto.

Los ejemplares del Convenio de Ejecución deberán ser firmados por el/la representante legal en las modalidades colectiva y capacitación, o por la persona natural en modalidad individual.

Junto con la firma del convenio, las **organizaciones privadas** de la modalidad colectiva y capacitación, deberán gestionar un **instrumento de garantía**, el que tiene como fin garantizar el fiel, total y oportuno cumplimiento de la obligación contraída por la organización o persona con SENADIS.

Dicho instrumento, podrá ser ejecutado por SENADIS en caso de cualquier incumplimiento a las obligaciones establecidas en el Convenio, en caso contrario, será devuelta al/a la adjudicatario/a una vez cerrado el convenio.

Si hubiese algún cambio en los plazos de duración del proyecto y éste fuese aprobado por SENADIS, se deberá prorrogar o renovar el instrumento de garantía.

Los costos derivados de la constitución, prórroga o renovación de dicho documento serán de exclusivo cargo de cada adjudicatario/a y en ningún caso serán financiados con recursos otorgados por SENADIS.

El instrumento de garantía deberá ceñirse estrictamente a lo señalado a continuación, en caso contrario, será devuelto para su corrección, que, de no producirse dentro de los 5 días hábiles tras su notificación, impedirá la suscripción del convenio y se procederá a declarar su desistimiento.

Las organizaciones privadas de la modalidad colectiva y capacitación deberán presentar Vale Vista, Boleta de Garantía Bancaria o Póliza de Seguro por un valor equivalente al 10% del monto total adjudicado. Los instrumentos deberán ser tomados nominativamente por parte de el/la adjudicatario/a, extendidos a nombre del Servicio Nacional de la Discapacidad, RUT 72.576.700-5, con la glosa “Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que contrae el/la EJECUTOR/A con el Servicio Nacional de la Discapacidad, Proyecto Folio N°\_\_\_\_\_”. La vigencia, en los casos que proceda, deberá comprender a lo menos 120 días posteriores a la fecha fijada en el respectivo convenio para la rendición final de cuentas.

**Nota: Las Municipalidades y servicios públicos no deberán entregar instrumentos de garantía, en virtud de lo dispuesto por la jurisprudencia administrativa de la Contraloría General de la República.**

Los ejemplares del Convenio, más el instrumento de garantía, en caso que corresponda, deberán ser entregados a las respectivas Direcciones Regionales (Ver Anexo N° 9) **hasta las 14:00 horas del día viernes 26 de abril de 2019.**

La entrega podrá realizarse de manera personal o vía carta certificada, cuyo sello postal debe tener fecha de envío anterior o igual al **viernes 26 de abril de 2019**. Los documentos deberán ir en un sobre cerrado señalando en su exterior:

Programa Tránsito a la Vida Independiente – Convocatoria 2019

[Folio, nombre y rut del postulante]

En caso de que algún/a adjudicatario/a no presente en la fecha indicada los documentos antes mencionados, **se tendrá por desistida de su adjudicación** para todos los efectos legales, reasignándose los recursos a los proyectos que se encuentran en la lista de espera, de la forma descrita anteriormente.

## 9. EJECUCIÓN

### 9.1. Plazos de ejecución

El plazo de ejecución de los proyectos deberá ser de 12 meses, contados desde la Resolución Aprobatoria del convenio, pudiendo comenzar las actividades a partir del mes de mayo de 2019, siempre que SENADIS haya dictado la referida Resolución Aprobatoria del convenio.

Sin embargo, determinados proyectos de cada modalidad podrán renovar su financiamiento hasta un período máximo de 36 meses. Esto se evaluará cada 12 meses como se detalla en el punto 9.7 de las presentes Bases.

### 9.2. Transferencia de recursos.

Esta consiste en una remesa que realiza SENADIS a la cuenta informada en la postulación del/de la adjudicatario/a. Se efectuará por el total del monto adjudicado, en una sola cuota, dentro de los **15 días hábiles posteriores** a la fecha de resolución aprobatoria del Convenio.

Con el fin de evitar perjuicios o retardos en la fecha de inicio de la ejecución del proyecto, el/la ADJUDICATARIO/A podrá realizar gastos asociados a su ejecución a partir del día hábil siguiente de la fecha de resolución aprobatoria del Convenio.

En caso que el/la adjudicatario/a tenga obligaciones pendientes con SENADIS al momento de efectuar la remesa, SENADIS procederá a poner inmediatamente término anticipado al convenio.

### 9.3. Ejecución de proyectos.

Los documentos que rigen la ejecución de cada proyecto son:

- a. Convenio de Transferencia de Recursos.
- b. Consultas y aclaraciones de las presentes Bases.
- c. Bases del Programa Tránsito a la Vida Independiente 2019.
- d. Guía de Gestión Administrativa de SENADIS
- e. Orientaciones Técnicas Tránsito a la Vida Independiente 2019
- f. Informe de evaluación del proyecto.
- g. Proyecto aprobado por SENADIS.

En caso de discrepancia entre los documentos mencionados, prevalecerán entre sí en el mismo orden en que se indica en el párrafo anterior.

### 9.4. Supervisión y seguimiento.

SENADIS realizará la supervisión técnica y financiera de la ejecución de los proyectos a través de los/as profesionales que se designen para tal efecto, rigiéndose por los documentos antes mencionados.

El/la adjudicatario/a deberá presentar informes técnicos y financieros que permitan evaluar la ejecución del proyecto, así como también verificar los avances y/o dificultades existentes.

### 9.5. Solicitud de modificación.

Sólo se aceptarán solicitudes de modificación de plazo y presupuestarias de forma excepcional y fundada, que respondan a un cambio en las circunstancias no previstas al momento de la postulación, siempre que no resulten imputables al ejecutor.

Si hubiese algún cambio en los plazos de duración del proyecto en modalidad colectiva y capacitación y éste fuese aprobado por SENADIS, se deberá prorrogar o renovar el instrumento de garantía, la cual deberá ser entregada junto con la modificación de convenio firmada por el(a) representante legal, de acuerdo a lo establecido en el punto 8 de las presentes bases. Asimismo, los costos derivados de la constitución, prórroga o renovación de dicho documento serán de exclusivo cargo de cada adjudicatario(a) y en ningún caso serán financiados con recursos otorgados por SENADIS.

Dicha solicitud deberá:

- Hacerla por escrito el representante legal (modalidad colectiva y capacitación) o la persona beneficiaria (modalidad individual)
- Estar dirigida a la Dirección Regional correspondiente
- Hacerse en un plazo máximo correspondiente al 50% del plazo de ejecución

Se revisará cada solicitud individualmente, la que podrá ser aprobada o rechazada por SENADIS.

#### **9.6. Cierre**

Una vez ejecutado el proyecto, el/la adjudicatario/a deberá presentar los informes técnicos y la rendición final de cuentas para proceder al cierre del proyecto dentro de los plazos estipulados en la Guía de Gestión Administrativa.

SENADIS certificará la total ejecución del proyecto y declarará su cierre mediante una Resolución Exenta enviada a el/la adjudicatario/a, al domicilio que conste en el Convenio de ejecución del Proyecto, donde además devolverá el instrumento de garantía, en los casos que corresponda.

#### **9.7. Criterios de renovación**

Los convenios tendrán una duración de 12 meses, por lo que los objetivos de cada propuesta deben ser realizables en ese tiempo, generándose un egreso paulatino de las personas en este programa, siendo éste proceso monitoreado por SENADIS año a año. Sin embargo, se entiende que aun cuando el desempeño de cada persona puede mejorar con los servicios de apoyo recibidos en un primer período, la situación de discapacidad en muchos casos es permanente y, por ende, las necesidades de apoyo podrían mantenerse por más tiempo, requiriendo más de 12 meses para alcanzar mayor impacto en su calidad de vida e inclusión social.

Por lo tanto, en las distintas modalidades, se podrá solicitar la renovación del convenio por 12 meses más hasta un máximo de 36 meses, solicitud que será evaluada a través de una Rúbrica de Evaluación, la cual será entregada con la debida antelación.

Los criterios para solicitar renovación de convenio en las distintas modalidades vendrán detallados en un documento de Orientaciones para la renovación, pero responderán principalmente a lo siguiente:

- Pertinencia de continuar con la entrega de servicios de apoyo
- Cumplimiento oportuno de las obligaciones del convenio
- Óptimo cumplimiento de los indicadores

Si el/la adjudicatario/a obtiene una evaluación favorable en la Rúbrica de Evaluación, se procederá a la emisión de una Resolución Exenta por parte de SENADIS, que hará referencia a dicha evaluación y dará por reproducidas las cláusulas del convenio anterior.

**IMPORTANTE: SENADIS oportunamente entregará a los/as adjudicatarios/as las Orientaciones para la renovación, documento que será formalizado por Resolución y que complementará las presentes Bases. Estas Orientaciones incluirán, entre otras cosas:**

- **El procedimiento y los plazos para la solicitud de renovación del financiamiento.**

- **Las condiciones que deberán cumplir para la renovación del financiamiento en cada modalidad.**
- **La Rúbrica de Evaluación que se aplicará.**

Cabe destacar que las exigencias para la renovación irán aumentando en la medida que los/as adjudicatarios/as permanezcan por más tiempo en el Programa.

Considerando lo anterior, se espera que simultáneamente cada adjudicatario/a realice la búsqueda de redes y servicios complementarios para asegurar la permanencia de sus apoyos en el tiempo, sin depender necesariamente del Programa.

Una vez finalizado un período máximo de renovación de 36 meses, las personas, ya sea a través de modalidad colectiva o individual, no podrán volver a postular en una siguiente convocatoria, dando la oportunidad a otros/as adjudicatarios/as, atendiendo de manera progresiva a la población potencial del programa según prevalencia nacional y necesidades de apoyo.

## 10. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

### 10.1. Descripción del programa

El programa considera un conjunto de acciones que permitirán que las personas con discapacidad y dependencia transiten hacia la vida independiente para llevar a cabo sus Planes de Desarrollo Personal (PDP).

Una de las características principales del programa, es la consideración de las necesidades individuales y la importancia de respetar las decisiones respecto a los apoyos que cada persona determina. Esto supone un cambio fundamental y propone intervenciones individuales y/o grupales, pero que tiendan a favorecer el desarrollo de un Plan de Vida basado en los intereses y propósitos personales, más que en la entrega de herramientas genéricas a un grupo de personas de similares características.

Para transitar hacia un cambio de enfoque en las intervenciones será necesario que los equipos de trabajo (profesionales, técnicos y/o personas con experiencia en la entrega de servicios de apoyo) puedan favorecer en las personas con discapacidad, posibilidades reales de decisión sobre los aspectos de su propia vida, incluyendo no sólo la oportunidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria, sino también la promoción de la autonomía y posibilidades concretas de participación.

Con ello, se espera que los equipos favorezcan las necesarias conexiones con servicios y entornos comunitarios, que incluya diferentes ámbitos de la vida adulta, como trabajo, vivienda, tiempo libre, entre otras.

#### 10.1.1. Fin:

Entendido como el objetivo de política pública al que contribuye el programa, es “contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social y participación en la comunidad local de las personas con discapacidad, dependencia y vulnerabilidad”.

#### 10.1.2. Propósito:

El resultado directo que el programa espera obtener es que “personas con discapacidad y dependencia transiten hacia la vida independiente”.

### 10.2. Marco Conceptual

Para las presentes bases y para efectos de toda operación administrativa y técnica del programa, se entenderá por:

#### 10.2.1. Vida Independiente

El estado que permite a la persona tomar decisiones, ejercer actos de manera autónoma y participar activamente en la comunidad, en ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad. (Art. 3º, Ley 20.422)

#### 10.2.2. Autonomía

Facultad abstracta de decisión sobre la propia vida (tenga o no discapacidad o situación de dependencia de otra persona). (Miguel Querejeta, 2004).

#### 10.2.3. Autodeterminación

Es un concepto complejo y multidimensional que hace referencia al conjunto de actividades y habilidades para actuar como el/la agente causal o protagonista de las propias acciones, según el modelo funcional de Wehmeyer. Engloba la autonomía para decidir, la autorregulación, las propias creencias de control sobre mis capacidades y el autoconocimiento de fortalezas y debilidades. Tiene su mayor expresión e importancia en la vida adulta.

#### **10.2.4. Dependencia**

Situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos: una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores concretos del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal o técnica. (Querejeta, 2004. Discapacidad/Dependencia, p.27).

#### **10.2.5. Servicios de Apoyo**

Toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional. (Art. 6º, Ley 20.422)

#### **10.2.6. Asistente Personal y/o Prestador de Servicios de Apoyo**

Persona que apoya a otras personas con discapacidad a desenvolverse en la vida diaria a través de acciones de cuidado, asistencia y/o intermediación, considerando sus necesidades y respetando sus decisiones en cuanto a la forma y frecuencia en que quiere recibir el/los apoyo/s. Un/a Asistente Personal puede no tener una formación específica, sin embargo, se espera que pueda capacitarse en temas relacionados con los derechos humanos, promoción de la autonomía y autodeterminación, entre otros, y sea un agente intermediario para favorecer la participación social de las personas con discapacidad.

#### **10.2.7. Plan de Desarrollo Personal (PDP) (Anexo N°2)**

Instrumento donde cada beneficiario/a evalúa y determina las acciones de asistencia necesarias para el desarrollo de su proyecto de vida. Incluye antecedentes generales, la identificación de una problemática y la solución propuesta considerando sus necesidades de apoyo. Debe plantear objetivos y el tiempo que requiere para cumplirlos, así como la frecuencia y cotización de la asistencia. Además, incluye un acuerdo firmado entre la persona con discapacidad y su/s asistente/s personal/es, en el que ambos expresan estar en conocimiento de las condiciones y características en la entrega de los apoyos.

En aquellos casos en que la situación lo amerite, será un/a tercero/a quien podrá completar el PDP de acuerdo al conocimiento previo y acabado que tiene de la persona, resguardando su facultad de decisión.

#### **10.2.8. Convenio**

Documento de naturaleza contractual firmado entre SENADIS y cada adjudicatario/a que establecerá derechos y obligaciones de las partes durante el desarrollo del mismo.

#### **10.2.9. Actividades de la vida diaria básicas**

Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Tales como: baño, ducha; cuidado de la vejiga y los intestinos; vestido; comer; alimentación; movilidad funcional; cuidado de las ayudas técnicas personales; higiene personal y aseo; actividad sexual; dormir/descanso; higiene del inodoro. (AOTA, 2010. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional)

#### **10.2.10. Actividades de la vida diaria instrumentales**

Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades básicas de la vida diaria. Tales como: cuidado de los otros; cuidado de las mascotas; cuidado de los niños; uso de los sistemas de comunicación; movilidad en la comunidad; manejo de temas financieros; cuidado de la salud y manutención; crear y mantener un hogar; preparación de la comida y limpieza; procedimientos de seguridad y respuestas ante emergencias; ir de compras. (AOTA, 2010. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional)

#### **10.2.11. Participación**

Es la implicación de la persona (a la hora de realizar una tarea determinada) en una situación

vital dentro del contexto real en el que vive. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. (Querejeta, 2004. Discapacidad/Dependencia, p.13).

#### **10.2.12. Servicios de apoyo de cuidados y asistencia**

Acciones requeridas por una persona con discapacidad para realizar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, dentro y fuera del hogar, en condiciones de mayor autonomía considerando sus preferencias identificadas en su Plan de Desarrollo Personal (PDP). Por ejemplo; asistencia para actividades de la vida diaria básica (alimentación, vestuario, higiene, etc.), para actividades de la vida diaria instrumentales (preparación de alimentos, compras, uso del transporte, asistencia en toma de decisiones, etc.)

#### **10.2.13. Servicios de apoyo de intermediación**

Acciones de apoyo de mayor complejidad para la participación en entornos sociales (educación, trabajo, recreación, política, etc.), requeridas por una persona con discapacidad y dependencia, en condiciones de mayor autonomía y considerando sus preferencias identificadas en su PDP.

Por ejemplo: asistencia para el trabajo, apoyo en adecuaciones de perfiles laborales, transcripción de textos, entrenamiento de perros guías, interpretación en lengua de señas para el trabajo, entre otros.

#### **10.2.14. Entornos adaptados**

Modificación del medio habitual (hogar y/o espacios comunitarios) en que la persona desarrolla sus actividades, con el fin de disminuir las barreras físicas que puedan limitar su desempeño, en condiciones de mayor autonomía, considerando sus preferencias identificadas en su PDP.

Por ejemplo: construcción de rampas, ensanchamiento de puertas, instalación de barras, cambio de manillas, entre otros.

#### **10.2.15. Capacitación**

Acciones de tipo formativas dirigidas a las personas con discapacidad, sus familiares y amigos/as, asistentes personales técnicos, profesionales y directivos/as de la sociedad civil en temáticas relacionadas a los enfoques del programa Tránsito a la Vida Independiente como el enfoque de Derechos Humanos, de Autonomía y Autodeterminación, Calidad de Vida y otros afines que promuevan el empoderamiento y la inclusión social.

### **10.3. Modalidades de entrega**

El programa entregará servicios de apoyo de cuidado, asistencia y/o intermediación y adaptaciones del entorno a personas con discapacidad y dependencia entre 18 y 59 años con el objetivo de promover la autonomía y autodeterminación, favoreciendo su tránsito a la vida independiente e inclusión social.

Estos apoyos, serán entregados a través de tres modalidades: **Colectiva, Individual y Capacitación.**

### **10.4. Modalidad Colectiva**

En modalidad colectiva, los recursos se entregarán mediante convenios con organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro, quienes previamente deberán identificar una problemática relacionada con el ejercicio de la autonomía, autodeterminación, el tránsito a la vida independiente y la inclusión social, y a partir de ello, describir la propuesta y el aporte del proyecto, lo cual debe quedar detallado en el Anexo N° 1.

Los montos considerados para esta modalidad van desde **\$4.000.000 a \$60.000.000.-**

#### **10.4.1. Consideraciones generales**



- Si la organización se adjudica el financiamiento, deberá realizar la evaluación y determinación de los apoyos necesarios para cada persona, los cuales quedarán consignados en el PDP.
- Cualquier estrategia que postule a esta modalidad deberá considerar equipos multidisciplinarios compuestos al menos por: profesionales, técnicos y/o asistentes personales.
- Cada prestador/a de servicios de apoyo deberá cumplir con los requisitos mínimos exigidos para inscribirse en el Registro Nacional de la Discapacidad del Servicio de Registro Civil e Identificación (**Anexo N°10**). En caso de no encontrarse registrado/a previo al convenio, deberá iniciar el trámite durante los primeros 6 meses del convenio y estar finalizado antes del término de éste.
- El tiempo de ejecución para postular es de 12 meses, pudiendo existir en la planificación períodos en los que se desarrollen otro tipo de actividades debidamente justificadas. Por ejemplo: un mes para evaluación del proyecto y de los PDP, vacaciones, entre otros.
- Los proyectos podrán solicitar la renovación de su convenio, habiendo cumplido con los criterios señalados en el punto 9.7 de las presentes bases.
- Las adaptaciones del entorno y/o implementación de espacios deben considerar el beneficio directo de la/s personas/as con discapacidad, ya sea en su domicilio o en espacios comunitarios donde se desarrolle el proyecto.

#### **10.4.2. Tipos de proyectos**

##### **a. Apoyo en Domicilio.**

Estrategia que tiene por objetivo apoyar a personas con mayores niveles de dependencia y menores posibilidades para favorecer el desarrollo de su autonomía y autodeterminación.

El apoyo se entregará a partir de la información contenida en el PDP, incluyendo acciones dentro y fuera del domicilio, y también respiro a el/la cuidador/a.

En el caso de las adaptaciones del entorno, estas no podrán financiar modificaciones estructurales ni implementación del hogar como; cambio de techumbres, ampliaciones, entre otras.

##### **b. Centros de día y Apoyo a la Vida Independiente**

Es una modalidad de dispositivo ambulatorio, diurno, abierto y multidisciplinar cuyo objetivo es promover, mantener y desarrollar la autonomía y autodeterminación para favorecer la vida independiente e inclusión social.

El apoyo se entregará a partir de la información contenida en los PDP, incluyendo acciones de apoyo a las familias y cuidadores/as a través de asesorías y espacios de encuentro y participación activa.

En el caso de solicitarse adaptaciones del entorno, éstas deben apuntar al entrenamiento de las AVD básicas y/o instrumentales, promoción de acciones de coordinación e intermediación y/o promoción de espacios de esparcimiento y recreación que favorezcan el tránsito hacia la vida independiente.

Con el mejoramiento de estos espacios, se espera además responder a la medida presidencial referente al apoyo y cuidado a través del fortalecimiento de la red de Centros de Día y Apoyo a la Vida Independiente.

##### **c. Vivienda transitoria para la preparación a la vida independiente.**

Se trata de apoyo a dispositivos residenciales transitorios de no más de 5 personas, cuyo objetivo es que desarrollen las habilidades necesarias que les permitan transitar a la vida independiente, con énfasis en la promoción de su autonomía y autodeterminación. Por lo tanto, se considerará vivienda transitoria aquella que posea un período de estadía de 3 años máximo para cada uno/a de sus ocupantes.

Estos dispositivos pueden encontrarse dentro de una institución residencial o bien en la comunidad, pero deben ser administrados por una organización.

Los apoyos considerarán acciones dentro y fuera de la vivienda, favoreciendo el desempeño en la vida diaria y la participación en la comunidad local como, por ejemplo: convivencia con los/as compañeros/as de la casa, establecimiento de rutinas, roles y responsabilidades en el funcionamiento del hogar, conocimiento e identificación de redes locales que apoyen la vida en comunidad, entre otras.

#### **10.4.3. Restricciones de financiamiento**

- Acciones cubiertas por: el Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa del Ministerio de Salud; el Subsistema Nacional de Cuidados del Ministerio de Desarrollo Social; la Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo, Programa de Apoyo a Instituciones Educativas, Programa de Apoyo a Estudiantes de Instituciones de Educación Superior y cualquier otro programa de SENADIS que atienda a la población objetivo del Programa Tránsito a la Vida Independiente.
- Ayudas técnicas incorporadas en la oferta de las redes de salud y/o de la oferta del Servicio Nacional de la Discapacidad. No obstante, el/la prestador/a de servicios de apoyo podrá orientar sobre el uso de éstas si la persona así lo requiere, siempre y cuando esté capacitado/a para realizarlo.
- Construcción y/o arriendo de viviendas.
- Pago de gastos básicos de viviendas.

#### **10.5. Modalidad individual**

En esta modalidad, los recursos se entregarán mediante convenios de transferencia **directamente a las personas con discapacidad**, quienes deberán entregar un PDP (Anexo N°2) en el cual estarán descritas todas las acciones de apoyo y/o adaptaciones del entorno que requieran. En aquellos casos en que la situación lo amerite, será un/a tercero/a quien podrá completar el PDP de acuerdo al conocimiento previo y acabado que tenga de la persona, resguardando su facultad de decisión, asumiendo la responsabilidad en la administración de los recursos entregados.

Los montos para la modalidad individual tienen un tope máximo de **\$3.612.000.-**

##### **10.5.1. Consideraciones generales**

- Los/as **prestadores/as de Servicios de Apoyo** deberán ser contratados/as por las personas con discapacidad (o algún/a representante si la situación lo amerita), incluyendo aspectos como jornada laboral, sustitución por período de vacaciones, causales de despido, entre otros. Cada persona podrá postular hasta un máximo de 3 prestadores de servicios de apoyo, los que deberán ajustarse al presupuesto establecido y a las jornadas laborales legales, lo que quedará consignado en el anexo N°2 (PDP).
- Cada prestador/a de servicios de apoyo deberá cumplir con los requisitos mínimos exigidos para inscribirse en el Registro Nacional de la Discapacidad del Servicio de Registro Civil e Identificación (**Anexo N°10**). En caso de no encontrarse inscrito/a previo

a la firma del convenio, deberá iniciar el trámite durante los primeros 6 meses del convenio y estar finalizado antes del término de éste.

- La persona con discapacidad deberá contar previamente con su prestador/a de servicios de apoyo, pudiendo ser un/a profesional, técnico, familiar u otro/a conocido/a, y en caso contrario, tendrán como plazo 1 mes para realizar el proceso de selección y contratación, una vez iniciado el convenio. A su vez, podrán cambiarlo/a durante la ejecución del convenio, debiendo cumplir con los requisitos para la inscripción (Anexo N°10).
- La persona que solicite servicios de apoyo para desempeñarse en el contexto laboral, deberá disponer de un compromiso del empleador/a (ver Anexo N°11) para poder recibir la asistencia durante su jornada de trabajo, cuando corresponda. Por otro lado, deberá **informar oportunamente cualquier cambio en su situación laboral** a el/la supervisor/a del proyecto para la evaluación de su caso.
- El tiempo de ejecución para postular es de 12 meses, pudiendo existir en la planificación períodos en los que se desarrollen otro tipo de actividades debidamente justificadas. Por ejemplo: un mes para evaluación del proyecto y de los PDP, vacaciones, entre otros.
- Los proyectos podrán solicitar extender su tiempo ejecución hasta un máximo de 36 meses, habiendo cumplido con los criterios de renovación de las presentes bases.
- Las adaptaciones del entorno y/o implementación de espacios deben considerar el beneficio directo de la persona con discapacidad, ya sea en su domicilio o en espacios comunitarios.

#### 10.5.2. Tipos de proyectos

Los/as prestadores/as de servicios de apoyo podrán corresponder a las siguientes figuras:

a. **Asistente personal:** prestador/a de servicios de apoyo de cuidado, asistencia y/o intermediación que apoya en diversas actividades, en diferentes contextos sociales, pudiendo entregar respiro al cuidador/a principal, a través de las siguientes acciones:

- Asistencia para la realización de AVD básicas: Apoyo en la alimentación, baño, vestuario, control vesical e intestinal, desplazamiento dentro del hogar, entre otras.
- Asistencia para la realización de AVD instrumentales: Preparación de la comida, manejo de las finanzas personales, movilidad en la comunidad, cuidado de la salud, uso de tecnologías y medios de comunicación, entre otras.
- Asistencia para la toma de decisiones: Apoyo en acciones que permitan tomar y ejecutar decisiones que favorezcan la estructuración de la rutina diaria, reforzamiento de hábitos básicos para el desempeño en diferentes roles, promoción de la autodeterminación para participar efectivamente en diferentes contextos, entre otras.
- Asistencia para el trabajo: Apoyo en el contexto laboral para facilitar el desempeño de la persona con discapacidad en este ámbito. Se incluyen acciones como: transcripción y/o lectura de textos, acompañamiento, facilitación de materiales de trabajo, traslado dentro del lugar de trabajo, actividades de la vida diaria básicas durante la jornada de trabajo, entre otras.
- Intermediación laboral: Acciones de asesoría, orientación y ajustes con la persona y/o en su lugar de trabajo para facilitar su proceso de inclusión laboral. Se incluyen actividades como: evaluación y adecuación del puesto de trabajo, organización de rutina de trabajo, indicación y prescripción de ayudas técnicas, sensibilización al entorno laboral, entre otras.
- Asistencia para la exploración de actividades: Acciones de apoyo, acompañamiento y asesoría en la búsqueda de actividades que propicien el desempeño de diferentes roles, de acuerdo a sus necesidades e intereses. Se incluyen actividades de diferentes ámbitos como: recreación, deporte, orientación vocacional, entre otros.

**b. Asistente de traslado:** Prestador/a de servicios de apoyo de cuidado, asistencia y/o intermediación que posee una licencia de conducir clase A y facilita el traslado fuera del hogar a una persona con discapacidad, permitiendo la participación en diferentes contextos.

Nota: El financiamiento puede ser a través de la contratación directa de una persona o por convenio con una empresa de transporte.

**c. Intérprete de Lengua de Señas:** Prestador/a de servicios de apoyo de cuidado, asistencia y/o intermediación que facilita la comunicación de las personas sordas o con discapacidad auditiva y favorece su participación en distintos contextos (hogar, trabajo, deporte, entre otros).

**d. Entrenador/a de perros de asistencia:** Prestador/a de servicios de apoyo de intermediación que entrena perros de señal, de respuesta y/o perros guías.

### **10.5.3. Restricciones de financiamiento**

- Acciones que deban ser cubiertas por el Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa del Ministerio de Salud.
- Ayudas técnicas incorporadas en la oferta de las redes de salud y/o de la oferta del Servicio Nacional de la Discapacidad. No obstante, el/la prestador/a de servicios de apoyo podrá orientar sobre el uso de éstas si la persona así lo requiere, siempre y cuando esté capacitado/a para realizarlo.
- Acciones que deban ser cubiertas por el Programa de Apoyos a Estudiantes con Discapacidad en Instituciones de Educación Superior o el Programa de Apoyo a Instituciones Educativas, ambos del Servicio Nacional de la Discapacidad.
- Acciones ligadas al trabajo doméstico que no se relacionen al Plan de Desarrollo, el cual tiene por objetivo favorecer la autonomía y participación social como eje central de la intervención, ni aquellas funciones relacionadas exclusivamente al cargo laboral de quien lo/la contrata, en caso de ser un/a asistente para el trabajo.

## **10.6. Modalidad Capacitación**

Esta modalidad proveerá financiamiento para acciones de capacitación, cuyos recursos se entregarán mediante convenios con organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro que realicen acciones de tipo formativas. Todas las capacitaciones deben basarse en el enfoque de Derechos Humanos y además considerar al menos algunas de las temáticas relacionadas con el Programa Tránsito a la Vida Independiente.

Los montos para la modalidad de capacitación van desde **\$35.000.000** a **\$50.000.000**

### **10.6.1. Temáticas de capacitaciones**

- Filosofía de Vida Independiente
- Derecho a la Autonomía y Autodeterminación
- Capacitación a Asistentes Personales en temáticas de Vida Independiente
- Paradigma de los Apoyos y Capacidad Jurídica
- Capacitación en Consejería Familiar y Promoción de la Vida Adulta en personas con discapacidad de origen mental
- Modelo de Calidad de Vida
- Asistencia personal en personas con alta dependencia y el derecho a la Vida Independiente
- Modelos comunitarios de participación
- Otras afines

A través de esta modalidad se espera promover el empoderamiento de las personas con discapacidad. Dicha propuesta de capacitación debe quedar detallada en el Anexo N°1.

### 10.6.2. Consideraciones generales

En primer lugar, en relación a los **postulantes** se deberá considerar que:

- Podrán ser entidades que actúen en el ámbito de la discapacidad, instituciones del ámbito académico u organizaciones de la sociedad civil afines, todas constituidas sin fines de lucro.
- Deberán contar con experiencia mínima de 12 meses en capacitaciones relacionadas con la temática de discapacidad.

En segundo lugar, en relación a las **capacitaciones** se deberá considerar que:

- Cualquier curso de capacitación debe considerar cobertura nacional.
- El tiempo de ejecución para postular es de 12 meses. No obstante, las acciones dirigidas a alcanzar la cobertura nacional pueden ser diseñadas para ejecutarse en 12, 24 o 36 meses.
- Las acciones deben ser en beneficio de las personas con discapacidad, aun cuando el público objetivo sean familiares y amigos/as, asistentes personales, técnicos, profesionales y directivos/as de la sociedad civil, privilegiándose la participación de las instituciones y personas beneficiarias adjudicadas en la presente convocatoria, así como otras que el Servicio Nacional de la Discapacidad considere.
- Las temáticas escogidas para la capacitación deben poseer mecanismos claros de participación de las personas con discapacidad a las que se beneficiará activamente, reflejado en el diagnóstico del o los temas escogidos, lo cual debe quedar consignado en el Anexo N° 1.
- Se debe entregar un certificado de participación y aprobación al finalizar, el cual debe ser reportado en algún formato, acompañando el informe técnico final.
- Cualquier postulación a curso de capacitación debe tener al menos 12 horas cronológicas, lo cual será evaluado con criterios de pertinencia y coherencia de acuerdo al temario propuesto en el Anexo N° 1.
- La postulación a capacitación podrá ser en modalidad presencial o semipresencial.
- Todo el material de apoyo que se utilice en la capacitación deberá ser revisado y aprobado por SENADIS y deberá quedar a disposición del Servicio y la comunidad una vez terminado el curso.

### 10.6.3. Restricciones de financiamiento

- Cursos o capacitaciones que estén insertos/formen parte de/ en algún currículum de una carrera técnico/profesional reconocida por el Ministerio de Educación.
- Capacitaciones en torno a la Ley 21.015 sobre Inclusión Laboral.
- El pago de matrícula o arancel de curso de postgrado o similar.
- Creación de plataformas informáticas de soporte para la realización del curso de capacitación.

### 10.7. Especificaciones financieras

Los montos a financiar por cada modalidad son los siguientes:

- Modalidad colectiva: cada proyecto podrá solicitar desde los \$4.000.000 (cuatro millones de pesos) hasta los \$60.000.000 (sesenta millones de pesos).
- Modalidad individual: cada persona podrá solicitar un máximo de \$3.612.000.
- Modalidad capacitación: cada proyecto podrá solicitar desde los \$35.000.000 (treinta y cinco millones de pesos) a \$50.000.000 (cincuenta millones de pesos).

## 11. ANEXOS

Los anexos que a continuación se indican, forman parte de las presentes Bases:

- Nº1: Formulario de postulación financiamiento colectivo (modalidad colectiva y modalidad capacitación)
- Nº2: Plan de Desarrollo Personal (Formulario de postulación modalidad individual)
- Nº3: Tabla de chequeo para postulación
- Nº4: Declaración jurada simple
- Nº5: Documentos de Personería de Representante Legal
- Nº6: Perspectiva de género
- Nº7: Perspectiva de pueblos indígenas
- Nº8: Certificado de acreditación de calidad indígena, CONADI
- Nº9: Direcciones Regionales de SENADIS
- Nº10: Procedimiento de inscripción
- Nº11: Carta de compromiso del empleador/a



**ANEXO N°1: Formulario de postulación financiamiento colectivo**

\*Este anexo es sólo referencial, debe ser completado en la plataforma web de postulación donde podría tener algunos cambios menores.

## I. ANTECEDENTES GENERALES

**Nombre del proyecto** (Nombre breve y descriptivo o nombre de fantasía)

|  |
|--|
|  |
|--|

Colectivo  
Capacitación

**Región** (Seleccionar la región donde se ejecutará el proyecto) *[Sólo para colectivos. Puede marcar sólo una región]*

|                                                  |                        |
|--------------------------------------------------|------------------------|
| Región de Arica y Parinacota                     | Región de Tarapacá     |
| Región de Antofagasta                            | Región de Atacama      |
| Región de Coquimbo                               | Región de Valparaíso   |
| Región Metropolitana                             | Región de O'Higgins    |
| Región del Maule                                 | Región de Ñuble        |
| Región del Biobío                                | Región de La Araucanía |
| Región de Los Ríos                               | Región de Los Lagos    |
| Región de Aysén                                  | Región de Magallanes   |
| <b>Nacional</b> [Única opción para capacitación] |                        |

**Comuna** (Nombrar la/s comunas donde se ejecutará el proyecto) *[Sólo colectivos]*

## II. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN POSTULANTE

## 1. Organización Postulante (Antecedentes de la organización que postula el proyecto)

|                                         |            |         |  |
|-----------------------------------------|------------|---------|--|
| Nombre:                                 |            |         |  |
| RUT:                                    |            |         |  |
| Región:                                 |            |         |  |
| Comuna:                                 |            |         |  |
| Domicilio:                              |            |         |  |
| Fecha de constitución persona jurídica: | DD/MM/AAAA |         |  |
| Tipo de organización:                   | Pública    | Privada |  |

**2. Representante Legal** (Antecedentes de la persona que legalmente tiene la facultad para firmar convenios en la organización postulante)

|         |
|---------|
| Nombre: |
| RUN:    |

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Teléfono Fijo:    | Teléfono Celular: |
| Mail de contacto: |                   |

**3. Organizaciones asociadas** (Antecedentes de organizaciones que colaboran en el desarrollo del proyecto)

*Si el proyecto no posee organizaciones asociadas, pasar a la pregunta siguiente*

3.1. ¿Cuál(es) es(son) la(s) organización(es) asociada(s) que participará(n) en el desarrollo del proyecto?

3.2. ¿Cuál es el tipo de participación o aporte que tendrá(n) la(s) organización(es) asociada(s) en el desarrollo del proyecto?

**III. HISTORIAL DE LA ORGANIZACIÓN POSTULANTE**

**1. Antecedentes generales** (Detalle objetivos o misión de la organización postulante, y describa la población a la cual está dirigida). *[Máx. 1000 caracteres]*

**2. Proyectos anteriores en área de discapacidad** (Describir brevemente los proyectos desarrollados por la organización postulante en el área de la discapacidad, detallando si estos fueron o no realizados en conjunto con SENADIS).

| Nombre del Proyecto | Organismo Financiador | Año de ejecución | Objetivo del proyecto |
|---------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| 1.                  |                       |                  |                       |
| 2.                  |                       |                  |                       |
| 3.                  |                       |                  |                       |

**3. Antecedentes del equipo ejecutor** (Identificar el equipo que participará en la ejecución, especificando tanto sus datos personales como el cargo, funciones y horas dedicadas al proyecto, independiente si es o no financiado con el dinero solicitado. La información aquí presentada debe ser coincidente con lo especificado en la categoría “personal” del cuadro de presupuesto). Para validar situación de discapacidad de los/as integrantes del equipo ejecutor, debe adjuntar copia simple de la Credencial de Discapacidad.



**Integrante N°1**

|                                                                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Nombre:                                                                                                       |       |
| RUN                                                                                                           |       |
| Profesión o actividad:                                                                                        |       |
| Cargo a desempeñar en el proyecto:                                                                            |       |
| Funciones a desarrollar en el proyecto<br>(Si es relator de capacitación, indicar la temática a desarrollar): |       |
| Horas por semanas:                                                                                            |       |
| Número de meses:                                                                                              |       |
| Valor por mes:                                                                                                |       |
| ¿Tiene RND como Persona con Discapacidad?                                                                     | Sí No |
| ¿Tiene RND como Prestador de Servicios de Apoyo?                                                              |       |

**Integrante N°2** [Deben ser tantos como sea necesario]

|                                                                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Nombre:                                                                                                       |       |
| RUN                                                                                                           |       |
| Profesión o actividad:                                                                                        |       |
| Cargo a desempeñar en el proyecto:                                                                            |       |
| Funciones a desarrollar en el proyecto<br>(Si es relator de capacitación, indicar la temática a desarrollar): |       |
| Horas por semanas:                                                                                            |       |
| Número de meses:                                                                                              |       |
| Valor por mes:                                                                                                |       |
| ¿Tiene RND como Persona con Discapacidad?                                                                     | Sí No |
| ¿Tiene RND como Prestador de Servicios de Apoyo?                                                              |       |

IV. PARTICIPANTES DE ESTE PROYECTO

1. **Perfil:** (Describir el perfil de participantes al cual está dirigido el proyecto, por ejemplo: edad, género, tipo de discapacidad, necesidades de apoyo, ámbitos de inclusión u otros requisitos de ingreso si es que los hay. *Máximo 500 caracteres*)

2. **Antecedentes de participantes**

Personas con discapacidad identificadas inicialmente como participantes del proyecto (es obligatorio presentar al menos cinco personas con RND), indicar:

|    | Nombre y apellido | RUT | Edad | Con RND<br>(sí/no) | Origen principal de discapacidad | H | M |
|----|-------------------|-----|------|--------------------|----------------------------------|---|---|
| 1. |                   |     |      |                    |                                  |   |   |
| 2. |                   |     |      |                    |                                  |   |   |
| 3. |                   |     |      |                    |                                  |   |   |
| 4. |                   |     |      |                    |                                  |   |   |
| 5. |                   |     |      |                    |                                  |   |   |
| 6. |                   |     |      |                    |                                  |   |   |
| 7. |                   |     |      |                    |                                  |   |   |

3. **Participación** (Describir cómo participan los/as beneficiarios/as indicados anteriormente en las diferentes fases del proyecto)

3.1. ¿A través de qué acciones los/as beneficiarios/as participan en la fase de Formulación del Proyecto? ¿Qué aspectos de la fase de Formulación del Proyecto pueden decidir los/as beneficiarios/as? *[Máximo 1000 caracteres]*

3.2. ¿A través de qué acciones los/as beneficiarios/as participarán en la fase de Ejecución del Proyecto? ¿Qué aspectos de la ejecución podrán decidir? *[Máximo 1000 caracteres]*

3.3. ¿A través de qué acciones los/as beneficiarios/as participarán en la fase de Evaluación y Seguimiento del Proyecto? ¿En qué aspectos de la evaluación y seguimiento podrán decidir? *[Máximo 1000 caracteres]*

V. DATOS DEL PROYECTO

1. Problema identificado

1.1.¿Cuál es el problema que presentan los/as participantes y cómo se identificó? [Max. 2000 caracteres]

1.2.¿Cómo el problema identificado afecta el tránsito a la vida independiente<sup>5</sup> de las personas con discapacidad? [Max. 2000 caracteres]

2. Solución propuesta

2.1. ¿Cuál es la solución propuesta para disminuir o eliminar el problema? Describir cómo se llevará a cabo [Max. 2000 caracteres]

2.2. ¿Cómo la solución propuesta contribuye al tránsito a la vida independiente de las personas con discapacidad? [Max. 2000 caracteres]

3. Objetivo general (El objetivo debe ser solo UNO, coherente con la modalidad y tipo de proyecto propuesto en las Bases y alcanzable en los 12 meses de la ejecución del proyecto) [Máximo 500 caracteres]

4. Objetivos específicos

| Objetivos específicos<br>Máx 200 caracteres | Indicadores | Medios de verificación |
|---------------------------------------------|-------------|------------------------|
| 1.                                          |             |                        |
| 2.                                          |             |                        |
| 3.                                          |             |                        |

<sup>5</sup> El estado que permite a la persona tomar decisiones, ejercer actos de manera autónoma y participar activamente en la comunidad, en ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad. (Art. 3°, Ley 20.422)

6. ACTIVIDADES

Duración del proyecto: Sólo 12 meses

Carta Gantt (Enumerar todas las actividades que involucra el proyecto, desde su planificación hasta la evaluación de resultados esperados)

| Descripción de la actividad<br><i>Máx. 200 caracteres</i> | Con qué obj. Específico se relaciona | Recursos humanos | Recursos materiales | Meses |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------|---------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|                                                           |                                      |                  |                     | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|                                                           |                                      |                  |                     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                           |                                      |                  |                     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                           |                                      |                  |                     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                           |                                      |                  |                     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                           |                                      |                  |                     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                           |                                      |                  |                     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                           |                                      |                  |                     |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

6. Complementariedad de recursos (Describir la vinculación con otras iniciativas y las acciones de coordinación con redes para el desarrollo del proyecto. La complementariedad se puede dar a través de recursos monetarios o no monetarios. En caso de recibir recursos monetarios debe estar reflejado en la Sección de PRESUPUESTO) *[max 1000 caracteres]*

Si el proyecto no posee complementariedad de recursos pasar a la pregunta siguiente

7. Seguimiento

7.1. ¿Cómo se espera continuar apoyando a las personas con discapacidad una vez terminado el proyecto?

Si el proyecto no posee acciones de continuidad pasar a la sección siguiente

7.2. ¿Qué acciones de coordinación con redes de apoyos se consideran para continuar favoreciendo la inclusión social de las personas con discapacidad una vez terminado el proyecto?

## VI. PERSPECTIVA DE GÉNERO

Si el proyecto no posee perspectiva de género pasar a la pregunta siguiente

1. ¿El proyecto atiende los derechos de las mujeres en situación de discapacidad? Justificar en caso que la respuesta sea "SI"

2. ¿El proyecto orienta recursos para aminorar las brechas existentes entre mujeres y hombres en situación de discapacidad? Justificar en caso que la respuesta sea "SI"

3. ¿El proyecto beneficia directamente a mujeres en situación de discapacidad? Justificar en caso que la respuesta sea "SI"

4. ¿El proyecto incorpora la perspectiva de género en alguna(s) etapa(s) del proyecto (diseño, ejecución y/o evaluación)? Justificar en caso que la respuesta sea "SI".

5. ¿La estructura del equipo que ejecuta el proyecto provee la experticia necesaria en materia de género? Señale Títulos, Capacitaciones y/o experiencia en Género.

VII. PERSPECTIVA DE PUEBLOS INDÍGENAS

*Si el proyecto no posee perspectiva de pueblos indígenas pasar a la pregunta siguiente*

1. ¿El proyecto considera alguno(s) de los siguientes objetivos? Justificar

| Solución propuesta                                                                             | Sí/No | Justificación |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| Atender los derechos de las personas con discapacidad que pertenezcan a algún pueblo indígena. |       |               |
| Orientar recursos para aminorar las brechas existentes entre pueblos indígenas y no indígenas. |       |               |
| Beneficiar directamente a personas con discapacidad que pertenezcan a algún pueblo indígena.   |       |               |

2. Dentro de la solución propuesta al problema planteado, ¿el proyecto considera alguna(s) de la(s) siguiente(s) opción(es)? Justificar en caso que la respuesta sea “Sí”.

| Solución propuesta                                                                                                                              | Sí/No | Justificación |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| Acceso equitativo a mejores condiciones de vida de algún pueblo indígena.                                                                       |       |               |
| Fortalecer la propia identidad en un proceso de desarrollo acorde con las particularidades, las demandas y las formas de organización indígena. |       |               |
| Aportar a la superación de la pobreza de algún pueblo indígena.                                                                                 |       |               |
| Mantener y cultivar la identidad cultural en un contexto de cambio global.                                                                      |       |               |

| VIII. PRESUPUESTO                          |                |          |       |                                |                 |                     |
|--------------------------------------------|----------------|----------|-------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| Ítem                                       | Costos         |          |       | Distribución de financiamiento |                 |                     |
|                                            | Valor unitario | Cantidad | Total | Solicitado a SENADIS           | Aportes propios | Aportes de terceros |
| INVERSIÓN                                  |                |          |       |                                |                 |                     |
| A. Infraestructura                         |                |          |       |                                |                 |                     |
| B. Equipos computacionales y software      |                |          |       |                                |                 |                     |
| C. Otros Equipos                           |                |          |       |                                |                 |                     |
| D. Herramientas                            |                |          |       |                                |                 |                     |
| E. Muebles                                 |                |          |       |                                |                 |                     |
| F. Otros costos de inversión               |                |          |       |                                |                 |                     |
| RECURRENTES                                |                |          |       |                                |                 |                     |
| A. Materiales para oficina                 |                |          |       |                                |                 |                     |
| B. Materiales para talleres                |                |          |       |                                |                 |                     |
| C. Seminario y Eventos                     |                |          |       |                                |                 |                     |
| D. Movilización urbana de beneficiarios/as |                |          |       |                                |                 |                     |
| E. Salida a terreno de beneficiarios/as    |                |          |       |                                |                 |                     |
| F. Otros costos recurrentes                |                |          |       |                                |                 |                     |
| PERSONAL                                   |                |          |       |                                |                 |                     |
|                                            |                |          |       |                                |                 |                     |
|                                            |                |          |       |                                |                 |                     |
|                                            |                |          |       |                                |                 |                     |
| ADMINISTRACIÓN                             |                |          |       |                                |                 |                     |
| Gastos Generales                           |                |          |       |                                |                 |                     |
| TOTALES :                                  |                |          |       |                                |                 |                     |

**ANEXO N°2: Plan de Desarrollo Personal (PDP)**  
\*Este anexo es sólo referencial, debe ser completado en la plataforma web de postulación donde podría tener algunos cambios menores.

Este formulario debe ser llenado por la persona que realiza la solicitud o por una persona que lo represente.

I. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

|                                            |                          |                  |                          |    |                                           |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
|--------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----|-------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--|--------------------------|----------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Nombre                                     |                          |                  |                          |    |                                           |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Run                                        |                          |                  |                          |    | Fecha de nacimiento                       |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Sexo                                       |                          |                  |                          |    | Estado civil                              |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Etnia<br>(Marque con una X si corresponde) | <input type="checkbox"/> | Pueblo Kawésqar  |                          |    | <input type="checkbox"/>                  | Pueblo Atacameño         |                         |  | <input type="checkbox"/> | Pueblo Aymara  |                          |    |                          |                          |  |                          |
|                                            | <input type="checkbox"/> | Pueblo Diaguitas |                          |    | <input type="checkbox"/>                  | Pueblo Mapuche           |                         |  | <input type="checkbox"/> | Pueblo Quechua |                          |    |                          |                          |  |                          |
|                                            | <input type="checkbox"/> | Pueblo Kolla     |                          |    | <input type="checkbox"/>                  | Pueblo Rapa nui          |                         |  | <input type="checkbox"/> | Pueblo Yagán   |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Domicilio                                  |                          |                  |                          |    |                                           |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Comuna                                     |                          |                  |                          |    | Región                                    |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Número de teléfono                         |                          |                  |                          |    | Registro Nacional de la Discapacidad. RND |                          |                         |  | SI                       |                | <input type="checkbox"/> | NO |                          | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Nivel de estudios                          | Especial incompleta      |                  |                          |    | <input type="checkbox"/>                  | Especial completa        |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
|                                            | Básica incompleta        |                  |                          |    | <input type="checkbox"/>                  | Básica completa          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
|                                            | Media incompleta         |                  |                          |    | <input type="checkbox"/>                  | Media completa           |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
|                                            | Técnica incompleta       |                  |                          |    | <input type="checkbox"/>                  | Técnica completa         |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
|                                            | Superior incompleta      |                  |                          |    | <input type="checkbox"/>                  | Superior completa        |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Estudiante                                 | SI                       |                  | <input type="checkbox"/> | NO |                                           | <input type="checkbox"/> | Nivel que está cursando |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Profesión/oficio                           |                          |                  |                          |    |                                           |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| Trabajador/a                               | SI                       |                  | <input type="checkbox"/> | NO |                                           | <input type="checkbox"/> | Jefe/a de hogar         |  |                          |                | SI                       |    | <input type="checkbox"/> | NO                       |  | <input type="checkbox"/> |
| Número de integrantes del grupo familiar   |                          |                  |                          |    | Ingreso económico del grupo familiar      |                          |                         |  | \$                       |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| ¿Recibe alguna pensión?<br>Detalle         |                          |                  |                          |    |                                           |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
| ¿Ha ejecutado antes proyectos con SENADIS? | Describe el proyecto     |                  |                          |    |                                           |                          |                         |  | Año de ejecución         |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
|                                            |                          |                  |                          |    |                                           |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |
|                                            |                          |                  |                          |    |                                           |                          |                         |  |                          |                |                          |    |                          |                          |  |                          |



II. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO A SOLICITAR

|                                                                                                                                   |                                                                                                                             |           |                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------|
| Descripción de su participación actual (qué hace, qué roles cumple, en qué ámbitos de inclusión participa) [Máx. 1500 caracteres] |                                                                                                                             |           |                                                                           |
| Problema identificado                                                                                                             | ¿Cuál es el problema que presenta? [Máx. 1000 caracteres]                                                                   |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | ¿Cómo el problema identificado afecta el tránsito hacia la vida independiente/su vida independiente? [Máx. 1000 caracteres] |           |                                                                           |
| Solución propuesta                                                                                                                | ¿Qué solución propone para disminuir o eliminar el problema? [Puede marcar más de uno]                                      |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Contratación de un asistente personal                                                                                       |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Contratación de un servicio de traslado                                                                                     |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Contratación de un intérprete de lengua de señas                                                                            |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Contratación de un entrenador de perros de asistencia                                                                       |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Hacer adaptaciones del entorno                                                                                              |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | ¿Cómo la solución propuesta contribuye al tránsito hacia su vida independiente? [Máx. 1000 caracteres]                      |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                             | Objetivos | Indicadores: Describa de qué forma se medirá el cumplimiento del objetivo |
| Objetivos que se espera lograr                                                                                                    | 1.                                                                                                                          |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | 2.                                                                                                                          |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | 3.                                                                                                                          |           |                                                                           |
| Identifique las actividades en las cuales requiere Apoyo                                                                          | [Si marca asistente personal] SERVICIOS DE APOYO DE CUIDADOS, ASISTENCIA Y/O INTERMEDIACIÓN                                 |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Marcar las actividades en las que solicita apoyo a través de este proyecto                                                  |           | Descripción del apoyo que requiere [Máx. 300 caracteres]                  |
|                                                                                                                                   | Comer                                                                                                                       |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Vestuario                                                                                                                   |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Bañarse/ ducharse                                                                                                           |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Higiene personal y aseo                                                                                                     |           |                                                                           |
|                                                                                                                                   | Uso del inodoro                                                                                                             |           |                                                                           |

|  |                                                                                 |  |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | Cuidado de la vejiga e intestinos                                               |  |  |
|  | Cuidado de las ayudas técnicas personales                                       |  |  |
|  | Movilidad dentro de la casa                                                     |  |  |
|  | Dormir/descanso                                                                 |  |  |
|  | Preparar alimentos                                                              |  |  |
|  | Uso de tecnologías y medios de comunicación                                     |  |  |
|  | Cuidado de la salud (Ir al médico, administración de medicamentos, entre otros) |  |  |
|  | Ir de compras                                                                   |  |  |
|  | Manejo de temas financieros                                                     |  |  |
|  | Movilidad en la comunidad                                                       |  |  |
|  | Mantenición del hogar                                                           |  |  |
|  | Procedimientos de seguridad y respuestas ante emergencias                       |  |  |
|  | Cuidado de otros/as                                                             |  |  |
|  | Toma de decisiones                                                              |  |  |
|  | Exploración de actividades vocacionales                                         |  |  |
|  | Apoyo en el contexto de trabajo                                                 |  |  |
|  | Apoyo en actividades recreativas                                                |  |  |
|  | Apoyo para la participación comunitaria                                         |  |  |
|  | Otros (describa)                                                                |  |  |
|  |                                                                                 |  |  |
|  |                                                                                 |  |  |
|  |                                                                                 |  |  |
|  |                                                                                 |  |  |
|  |                                                                                 |  |  |
|  |                                                                                 |  |  |
|  |                                                                                 |  |  |

|                      |                                                                                                                        |  |  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|                      | ENTORNOS ADAPTADOS                                                                                                     |  |  |
|                      | Ensanchamiento de puertas                                                                                              |  |  |
|                      | Instalación o construcción de rampa                                                                                    |  |  |
|                      | Disponer elementos de seguridad (barras, barandas, protección de estufa o interruptores, entre otros)                  |  |  |
|                      | Redistribución de artefactos de uso diario (interruptores, manillas, muebles, elementos de baño o cocina, entre otros) |  |  |
|                      | Otro (Describa)                                                                                                        |  |  |
| Intensidad del apoyo | Horas diarias promedio                                                                                                 |  |  |
|                      | Qué días a la semana                                                                                                   |  |  |

| Actividades del proyecto                                                                                                                             | Meses |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|                                                                                                                                                      | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Recuerde que todos los proyectos deben durar 12 meses.<br>En caso de que haya un mes sin actividades, debe justificarlo:<br>[Máximo 1000 caracteres] |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                                                                                                                                                      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

| PRESUPUESTO                                                                                  | Ítem solicitado                                                                                                       |          | Valor mensual | Cantidad de meses | TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|-------------------|-------|
|                                                                                              | Lista                                                                                                                 | Describa |               |                   |       |
|                                                                                              |                                                                                                                       |          |               |                   |       |
|                                                                                              |                                                                                                                       |          |               |                   |       |
|                                                                                              |                                                                                                                       |          |               |                   |       |
| Detalle si incorporará acciones con otros actores (familia, cuidadores/as, asistentes, etc.) |                                                                                                                       |          |               |                   |       |
| Complementariedad de recursos                                                                | Describir vinculación y coordinación con otras iniciativas para complementar con recursos monetarios o no monetarios. |          |               |                   |       |

III. IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA ASISTENTE PERSONAL [No obligatorio]

En caso de que ya tenga definido quién será su asistente personal, intérprete de lengua de señas, entrenador/a de perros de asistencia o asistente de traslado, complete sus datos acá.

Si no tiene definido quién será su asistente personal, en caso de adjudicarse los recursos tendrá un mes desde que inicie la ejecución del convenio para seleccionarlo/a.

|                                           |                     |  |    |                                |                                                                        |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|---------------------|--|----|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Nombre                                    |                     |  |    |                                |                                                                        |  |  |  |  |  |
| Rut                                       |                     |  |    | Fecha nacimiento               |                                                                        |  |  |  |  |  |
| Sexo                                      |                     |  |    | Estado civil                   |                                                                        |  |  |  |  |  |
| Domicilio                                 |                     |  |    |                                |                                                                        |  |  |  |  |  |
| Comuna                                    |                     |  |    | Región                         |                                                                        |  |  |  |  |  |
| Número de teléfono                        |                     |  |    | Vinculación con beneficiario/a |                                                                        |  |  |  |  |  |
| Registro Nacional de la Discapacidad. RND | SI                  |  | NO |                                | En caso de poseer RND, debe adjuntar una copia simple de su Credencial |  |  |  |  |  |
| Nivel de estudios                         | Especial incompleta |  |    |                                | Especial completa                                                      |  |  |  |  |  |
|                                           | Básica incompleta   |  |    |                                | Básica completa                                                        |  |  |  |  |  |
|                                           | Media incompleta    |  |    |                                | Media completa                                                         |  |  |  |  |  |
|                                           | Técnica incompleta  |  |    |                                | Técnica completa                                                       |  |  |  |  |  |
|                                           | Superior incompleta |  |    |                                | Superior completa                                                      |  |  |  |  |  |
| Profesión/oficio                          |                     |  |    |                                |                                                                        |  |  |  |  |  |
| Actividad que desempeña actualmente       |                     |  |    |                                |                                                                        |  |  |  |  |  |

**ANEXO N°3: Tabla de chequeo para postulación**

**Modalidad colectiva y modalidad capacitación**

Debe adjuntar la siguiente documentación

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Declaración jurada simple (Anexo N°4) firmada por representante legal                                                                                                                                                                                                      |
| 2 | Copia simple de la cédula de identidad vigente por ambos lados de representante legal                                                                                                                                                                                      |
| 3 | Documento donde consta la Personería de representante legal (Anexo N°5)                                                                                                                                                                                                    |
| 4 | Certificado que acredite su vigencia, emitido por el organismo pertinente de conformidad a la naturaleza jurídica de quien postula (en original o copia autorizada ante Notario) de antigüedad no superior a 60 días anteriores a la fecha de inicio de las postulaciones. |
| 5 | Copia simple del RUT de la organización por ambos lados                                                                                                                                                                                                                    |
| 6 | Documento emitido por el Banco, que indique nombre del banco, RUT del postulante, número de cuenta, tipo de cuenta (cuenta corriente, chequera electrónica, cuenta vista o cuenta de ahorro)                                                                               |
| 7 | No obligatorio: Copia simple por ambos lados del carnet del Registro Nacional de la Discapacidad (RND) de al menos 5 personas con discapacidad entre 18 y 59 años                                                                                                          |

**Modalidad individual**

Debe adjuntar la siguiente documentación

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Copia simple por ambos lados de la cédula de identidad de quien postula                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 2 | Copia simple por ambos lados de la credencial del Registro Nacional de la Discapacidad (RND) de quien postula                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3 | Documento emitido por el Banco, que indique nombre del banco, RUN del postulante número de cuenta, tipo de cuenta (cuenta corriente, chequera electrónica, cuenta vista o cuenta de ahorro)                                                                                                                                                            |
| 4 | No obligatorio: La persona que solicite servicios de apoyo durante su jornada de trabajo, deberá adjuntar una Carta de compromiso del empleador/a (Anexo N°11)                                                                                                                                                                                         |
| 5 | No obligatorio: La persona que se identifique como parte de un pueblo indígena, debe adjuntar certificado de acreditación de calidad indígena emitido por la CONADI, que se descarga del siguiente link: <a href="https://conadi.oficinainternet1.cl/OficinaInternet2.0/menu.aspx">https://conadi.oficinainternet1.cl/OficinaInternet2.0/menu.aspx</a> |

#### **ANEXO N°4: Declaración jurada simple**

El (o la) firmante, en su calidad de representante legal de la organización postulante [Razón Social] \_\_\_\_\_, RUT de la organización N° \_\_\_\_\_, declara bajo juramento que:

- a) La organización que represento, no ha sido condenada por infracciones a la Ley N°20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, situación que procurará mantener durante la ejecución del Programa.
- b) Los Directores/as, Administradores/as y/o Representantes de la entidad no son funcionarios/as de SENADIS.
- c) Los Directores/as, Administradores/as y/o Representantes de la entidad no tienen la calidad de cónyuge, hijos/as, adoptados/as o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive respecto de las autoridades y los/as funcionarios/as directivos/as de SENADIS.

\_\_\_\_\_  
[Nombre Representante Legal]

[Cédula de Identidad]

Fecha, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_

## **ANEXO N°5: Documentos de Personería de Representante Legal**

### **Municipalidades**

**Copia simple del Decreto Alcaldicio** de asunción al cargo, o de la sentencia de proclamación del respectivo tribunal electoral, o del acta de instalación del concejo municipal.

### **Corporaciones y Fundaciones y Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias regidas por Ley N° 19.418.**

**1.- Certificado de Vigencia de la Persona Jurídica sin fines de lucro**, otorgado por el Servicio de Registro Civil e Identificación, con una antigüedad no superior a 60 días, contados desde la presentación del documento en SENADIS y,

**2.- Certificado de Directorio de Persona Jurídica sin fines de lucro**, otorgado por el Servicio de Registro Civil e Identificación con una antigüedad no superior a 60 días, contados desde la presentación del documento en SENADIS.

### **Hospitales dependientes de Servicios de Salud**

Deberán tener representación por el/la Director/a del Servicio de Salud respectivo caso en el que deberá adjuntar **copia simple del decreto de nombramiento**. Si éstos hubiesen delegado en los/as Directores/as de Hospitales la facultad de representarlos legalmente para efectos de suscribir convenios, el/la funcionario/a en quien recaiga la delegación deberá acompañar, **copia simple del decreto/resolución en que conste la delegación y copia simple del decreto de nombramiento del delegado**.

### **Hospitales autogestionados**

**Copia simple del decreto de nombramiento del(a) respectivo(a) Director(a) del Hospital** (Jefe(a) superior del Servicio).

### **Universidades creadas por Ley**

**Copia simple del decreto de nombramiento del(a) Rector(a).**

### **Universidades creadas conforme a la L.E.G.E. o norma posterior dictada al efecto.**

Documento original o copia autorizada ante Notario Público del **Certificado de inscripción en el Registro de Universidades** otorgado por el Ministerio de Educación con expresión de vigencia y nombre del(a) Rector(a), con una antigüedad no superior a 60 días.

### **Entidades Religiosas de Derecho Público constituidas conforme a ley N° 19.638**

Documento original o copia autorizada ante Notario Público del **Certificado de Directorio de Persona Jurídica sin fines de lucro**, otorgado por el Servicio de Registro Civil e Identificación con una antigüedad no superior a 60 días, contados desde la presentación del documento en SENADIS.

### **Personas Jurídicas de Derecho Canónico**

Documento original o copia autorizada ante Notario Público del **Certificado de la autoridad eclesiástica competente** (Secretario General del Arzobispado u Obispado, notario eclesiástico, Obispo o Vicario General) que acredite que la entidad respectiva se encuentra vigente e indique el nombre de su representante legal con una antigüedad no superior a 60 días, contados desde la presentación del documento en SENADIS.

### **Otras Personas Jurídicas**

**Copia autorizada ante notaría** del documento donde conste la personería de la persona representante legal.

## ANEXO N°6: Perspectiva de género

Los proyectos postulados al Programa de Tránsito a la Vida Independiente, año 2019, que incorporen la perspectiva de género, deberán promover acciones dirigidas a garantizar la igualdad de acceso y condiciones de las personas en situación de discapacidad, en el ámbito que les convoque participar, y en específico de las mujeres, contribuyendo a la eliminación de aquellas inequidades<sup>6</sup>, brechas<sup>7</sup> y barreras<sup>8</sup> que impiden avanzar en igualdad de derechos.

Se entiende la incorporación de la perspectiva de género, como una herramienta para comprender las demandas diferenciadas de hombres y mujeres con el propósito de dar respuestas más informadas, más eficientes, más focalizadas, más adecuadas, más participativas y más equitativas (Documentos de apoyo SERNAM; 2003).

Un proyecto de modalidad colectiva o capacitación poseerá perspectiva de género cuando dentro de sus objetivos se considere al menos uno de los siguientes:

1. Atender los derechos de las mujeres en situación de discapacidad.
2. Orientar recursos para aminorar las brechas existentes entre mujeres y hombres en situación de discapacidad
3. Beneficiar directamente a mujeres en situación de discapacidad.

Un proyecto de modalidad colectiva o capacitación poseerá perspectiva de género cuando considere la incorporación de la perspectiva de género dentro de alguna etapa del proyecto:

4. Etapa de diseño del proyecto (Identificación del problema, solución propuesta y/u objetivo de la propuesta).
5. Etapa de ejecución del proyecto (Modelo de trabajo del proyecto).
6. Etapa de evaluación del proyecto (Resultados esperados).

Un proyecto de modalidad colectiva o capacitación poseerá perspectiva de género cuando dentro de la estructura que ejecuta el proyecto se consideran profesionales con experiencia y/o formación en Género:

7. En el equipo que ejecuta el proyecto.
8. En las entidades asociadas a la ejecución del proyecto.

Cada criterio será evaluado de 0 a 1, considerando 0 como “no presenta”, 1 como “presenta”.

El puntaje adicional de 5 puntos, será asignado a los proyectos que obtengan un puntaje mayor o igual a 3 puntos.

---

<sup>6</sup> **Inequidades de género:** Situaciones injustas por razones de género. En algunos casos estas inequidades pueden ser medidas cuantitativamente, pero en otros no. Ejemplo: medir o cuantificar que las mujeres pagan más que los hombres por un mismo plan de salud de los seguros privados es perfectamente posible, a diferencia de los contenidos de sexismo en la educación.

<sup>7</sup> **Brechas de género:** Cuantificación de diferencias entre hombres y mujeres que constituyen inequidades de género. Desde una perspectiva estricta, puede entenderse por brechas de género “la diferencia cuantitativa observada entre mujeres y hombres en cuanto a valores, actitudes, y variables de acceso a los recursos, a los beneficios de la producción, a la educación, a la participación política, al acceso al poder y la toma de decisiones”, entre otros. Ejemplos: brecha salarial y brecha de participación en el mercado del trabajo.

<sup>8</sup> **Barreras de género:** Factores que impiden o limitan el acceso de las mujeres (o de los hombres) a ciertos beneficios, programas y/o políticas institucionales. Las barreras pueden ser legales/normativas/reglamentarias, condiciones de acceso, entre otras y muchas de ellas se superan con capacitaciones, con cambiar los requisitos o medidas legales, por ejemplo. Ejemplos: creencias que señalan que hay ciertas áreas prohibidas para mujeres o para hombres (barrera cultural); exigencias imposibles o difíciles de cumplir para alguno de los sexos, como ser propietarios de ciertos bienes; la creencia que aún persiste de que las Políticas Públicas son neutras al género; etc.



## **ANEXO N°7: Perspectiva de pueblos indígenas**

El análisis con perspectiva de pueblos indígenas es un proceso de trabajo que permite que un programa o política pública considere las diferencias que enfrentan los pueblos indígenas respecto de su realidad cultural y social, los roles que tienen en la sociedad, sus expectativas y circunstancias económicas, entre otros aspectos.

El enfoque de pueblos indígenas en los programas y políticas públicas consiste en profundizar la dimensión cultural inherente vinculada a la heterogeneidad de la población indígena. Lo que redundará en una mayor efectividad de los derechos indígenas en la legislación nacional en lo concerniente a: tierras y recursos naturales, idioma, origen étnico, patrimonio cultural, autonomía y participación.

Un proyecto poseerá enfoque de pueblos indígenas cuando:

- a) Dentro de sus objetivos se considere al menos uno de los siguientes:
  - Atender los derechos de las personas con discapacidad que pertenezcan a algún pueblo indígena.
  - Orientar recursos para aminorar las brechas existentes entre pueblos indígenas y no indígenas.
  - Beneficiar directamente a personas con discapacidad que pertenezcan a algún pueblo indígena.
- b) Considere dentro de la solución propuesta al problema planteado, al menos alguna de estas opciones:
  - a. Acceso equitativo a mejores condiciones de vida de algún pueblo indígena.
  - b. Fortalecer la propia identidad en un proceso de desarrollo acorde con las particularidades, las demandas y las formas de organización indígena.
  - c. Aportar a la superación de la pobreza de algún pueblo indígena.
  - d. Mantener y cultivar la identidad cultural en un contexto de cambio global.

**ANEXO N°8: Certificado de acreditación de calidad indígena, CONADI**

Permite acreditar, de forma indefinida, que una persona, comunidad o asociación **pertenece a una de las nueve etnias** reconocidas legalmente en Chile: Mapuche, Aimara, Rapa Nui (o pascuense), Atacameña, Quechua, Colla, Diaguita, Alacalufe (o kawashkar), Yagán (o yámana).

Beneficiarios/as:

- Chilenos/as pertenecientes a culturas indígenas.
- Personas que no tienen la nacionalidad chilena y pertenecen a culturas indígenas reconocidas por la ley.
- Personas que no son indígenas, pero se autoidentifican como tales según el [Decreto Supremo N°392](#).
- Todas estas personas deben cumplir los siguientes requisitos:
  - Ser hijos de padre o madre indígena, cualquiera sea la naturaleza de su afiliación, inclusive la adoptiva.
  - Ser cónyuge de una persona indígena.

Procedimiento

- Reunir los antecedentes mencionados en el campo **documentos requeridos**, según corresponda <http://www.chileatiende.cl/fichas/ver/4446>
  - Diríjase a la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) de CONADI o del Programa Promoción e Información de los Derechos Indígenas (PIDI) más cercana.
  - Explique el motivo de su visita: solicitar la acreditación de la calidad de indígena.
- 
- Entregue los antecedentes requeridos.
  - Como resultado del trámite, habrá solicitado la acreditación. Si cumple los requisitos, podrá obtenerla, y recibirá el certificado respectivo en un plazo de entre 10 a 60 días
-

ANEXO N°9: Direcciones Regionales de SENADIS

| ARICA Y PARINACOTA:                                                                                                                     | TARAPACÁ:                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dirección: 18 de Septiembre 1530, Arica<br>Teléfono: 58-2231348<br>Correo electrónico: arica@senadis.cl                                 | Dirección: Av. Baquedano N° 913, Esquina Wilson, Iquique.<br>Teléfono: 57-2416210<br>Correo electrónico: tarapaca@senadis.cl                               |
| ANTOFAGASTA:                                                                                                                            | ATACAMA:                                                                                                                                                   |
| Dirección: Copiapó 596, esquina Condell, Antofagasta<br>Teléfono: 55-2485727<br>Correo electrónico: antofagasta@senadis.cl              | Dirección: Atacama 1125, Copiapó<br>Teléfono: 52-2232672<br>Correo electrónico: atacama@senadis.cl                                                         |
| COQUIMBO:                                                                                                                               | VALPARAISO:                                                                                                                                                |
| Dirección: Av. Estadio, casa N°14, Esquina Villa Olímpica, La Serena<br>Teléfono: 51-2212236<br>Correo electrónico: coquimbo@senadis.cl | Dirección: Av. Brasil 1265, piso 3, Valparaíso<br>Teléfono: 32-2226733<br>Correo electrónico: valparaiso@senadis.cl                                        |
| METROPOLITANA:                                                                                                                          | LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS:                                                                                                                             |
| Dirección: Rosa Rodríguez 1339, piso 1, Santiago<br>Teléfono: 02-223901706<br>Correo electrónico: metropolitana@senadis.cl              | Dirección: Membrillar 358, Esquina Francisco Gana, Rancagua<br>Teléfono: 72-2226634<br>Correo electrónico: ohiggins@senadis.cl                             |
| MAULE:                                                                                                                                  | ÑUBLE:                                                                                                                                                     |
| Dirección: 2 Oriente N°1298, esquina 2 Norte, Talca<br>Teléfono: 71-2212906<br>Correo electrónico: maule@senadis.cl                     | Dirección: Carrera 475, Chillán<br>Teléfono: +56 9 77499525<br>Correo electrónico: nuble@senadis.cl                                                        |
| BIOBÍO:                                                                                                                                 | ARAUCANÍA:                                                                                                                                                 |
| Dirección: San Martín 870, piso 1, oficina 103 B, Concepción<br>Teléfono: 41-2221389<br>Correo electrónico: biobio@senadis.cl           | Dirección: Diego Portales 564, entre calle Lagos y Lynch, Temuco<br>Teléfono: 45-2271877<br>Correo electrónico: araucania@senadis.cl                       |
| LOS RÍOS:                                                                                                                               | LOS LAGOS:                                                                                                                                                 |
| Dirección: Anfión Muñoz 578, Valdivia<br>Teléfono: 63-2239271<br>Correo electrónico: losrios@senadis.cl                                 | Dirección: Concepción 120, piso 4, oficina 405, Edificio Doña Encarnación, Puerto Montt<br>Teléfono: 65-2318037<br>Correo electrónico: loslagos@senadis.cl |
| AYSEN DEL GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO:                                                                                                | MAGALLANES Y LA ANTARTICA CHILENA:                                                                                                                         |
| Dirección: 12 de octubre 467, Coyhaique<br>Teléfono: 67-2252508<br>Correo electrónico: aysen@senadis.cl                                 | Dirección: Croacia 957, Punta Arenas<br>Teléfono: 61-2240877<br>Correo electrónico: magallanes@senadis.cl                                                  |



**ANEXO N°10: Procedimiento de inscripción**

El Registro Nacional de la Discapacidad (RND) del Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) debe realizar la Inscripción de Personas Naturales que presten servicios de apoyo y de personas jurídicas que actúen en el ámbito de la discapacidad, de acuerdo al artículo N°56 de la Ley 20.422.

**¿Quiénes pueden inscribirse?**

- I. Personas Naturales que presten servicios de apoyo y que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Ser mayor de 18 años.
  - Tener residencia en Chile.
  - No haber sido condenado con pena aflictiva.
  - Experiencia, Idoneidad y Pertinencia en el servicio de apoyo que desea inscribir.
- II. Personas Jurídicas que actúen en el ámbito de la discapacidad, entendidas como aquellas constituidas por o para personas con discapacidad, con la finalidad de atender los intereses de estas personas, tales como promover su participación, la vida independiente o mejorar su autonomía personal, como asimismo, aquellas que les presten atención directa o exclusiva en razón de su discapacidad.

**¿Cómo pueden inscribirse?**

Las Personas Jurídicas y Naturales que deseen inscribirse, deben acudir a una oficina del SRCel y entregar la siguiente documentación:

| Tipo de prestadores de Servicios de Apoyo                                                        | Documentos requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERSONAS JURÍDICAS QUE ACTÚEN EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD                                    | 1. Formulario “Inscripción de personas jurídicas” ( <a href="http://www.srcei.cl">www.srcei.cl</a> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                  | 2. Copia simple de la Cédula de Identidad del/de la representante legal de la institución                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                  | 3. Copia autorizada de sus estatutos o escrituras constitutivas, y de las modificaciones a éste, si las hubiere y del RUT de la entidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                  | 4. Certificado de vigencia que corresponda, de una antigüedad no superior a sesenta días contados desde la fecha de su presentación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                  | 5. Copia simple del poder vigente del/de la representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| PERSONAS NATURALES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE APOYO DE CUIDADO Y/O ASISTENCIA, O INTERMEDIACIÓN | 1. Formulario “Inscripción de personas naturales prestadoras de servicios de apoyo” ( <a href="http://www.srcei.cl">www.srcei.cl</a> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                  | 2. Fotocopia simple de Cédula de Identidad del/de la solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                  | 3. Carta de experiencia donde se acredite al menos doce meses en el ejercicio del tipo de Servicio de Apoyo que se solicita inscribir, emitida por algún/a integrante de una organización con personalidad jurídica.<br>[Solicitar carta tipo]<br><b>Nota:</b> La carta de experiencia no podrá ser emitida por personal del Servicio Nacional de la Discapacidad, aunque la persona natural haya prestado servicios de apoyo en alguna dirección regional. |
|                                                                                                  | 4. Además, en caso de que la persona posea al menos uno de los siguientes documentos, deberá enviarlos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Certificado(s) de Título Profesional y/o Técnico relacionado/s con el servicio de apoyo que solicita inscribir, otorgado por alguna institución de educación superior reconocida por el Ministerio de Educación de Chile en original o copia legalizada.</li></ul>                                          |

|                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Certificado/s de curso/s relacionado/s con el servicio de apoyo que desee inscribir otorgado por instituciones de capacitación o centro de formación técnica u otros.</li></ul> <p><b>Nota:</b> En el caso de acompañar certificados de títulos de estudios realizados en el extranjero, éstos deben haber sido previamente reconocidos en Chile.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>PERSONAS NATURALES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE APOYO</b></p> <p><b>INTÉRPRETE EN LENGUA DE SEÑAS CHILENA</b></p> | <p>1. Formulario “Inscripción de personas naturales prestadoras de servicios de apoyo intérprete en lengua de señas” (<a href="http://www.srcei.cl">www.srcei.cl</a>)</p> <p>2. Fotocopia simple de Cédula de Identidad del/de la solicitante.</p> <p>3. Carta de experiencia donde se acredite al menos doce meses en el ejercicio del Servicio de Apoyo que solicita inscribir, emitida por algún/a integrante de una organización con personalidad jurídica que trabaje con personas con discapacidad. [Solicitar carta tipo].<br/><b>Nota:</b> La carta de experiencia no podrá ser emitida por personal del Servicio Nacional de la Discapacidad, aunque la persona natural haya prestado servicios de apoyo en alguna dirección regional.</p> <p>4. Carta de reconocimiento por parte de la comunidad sorda como Intérprete de Lengua de Señas chilena, en la cual se acredite idoneidad (manejo de la lengua y conocimiento de la cultura sorda), cumplimiento y responsabilidad del/de la intérprete, emitida por el/la representante legal de una organización vigente de o para personas sordas [Solicitar carta tipo].</p> <p>5. Además, en caso de que la persona posea los siguientes documentos, deberá enviarlos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Certificado/s de curso/s relacionado/s con el servicio de apoyo que desee inscribir, otorgado por instituciones de capacitación o centro de formación técnica u otros.</li></ul> <p><b>Nota:</b> En el caso que se acompañen certificados de títulos de estudios realizados en el extranjero, éstos deben haber sido previamente reconocidos en Chile.</p> |
| <p><b>PERSONAS NATURALES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE APOYO DE TRASLADO</b></p>                                         | <p>1. Formulario “Inscripción de personas naturales prestadoras de servicios de apoyo de traslado” (<a href="http://www.srcei.cl">www.srcei.cl</a>)</p> <p>2. Fotocopia simple de Cédula de Identidad del/de la solicitante.</p> <p>3. Carta de experiencia donde se acredite al menos doce meses en el ejercicio del tipo de Servicio de Apoyo que se solicita inscribir, emitida por algún integrante de una organización con personalidad jurídica que trabaje con personas en situación de discapacidad o emitida por una persona en situación de discapacidad inscrita en el Registro Nacional de la Discapacidad. [Solicitar carta tipo].<br/><b>Nota:</b> La carta de experiencia no podrá ser emitida por personal del Servicio Nacional de la Discapacidad, aunque la persona natural haya prestado servicios de apoyo en alguna dirección regional.</p> <p>4. Copia simple de licencia de conducir vigente clase A-1, A-2 o A-3</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>ENTRENADOR/A DE PERROS DE ASISTENCIA</b></p>                                                                     | <p>1. Formulario “Inscripción de personas naturales prestadoras de servicios de apoyo adiestrador/a de perros de asistencia” (<a href="http://www.srcei.cl">www.srcei.cl</a>)</p> <p>2. Fotocopia simple de Cédula de Identidad del/de la solicitante.</p> <p>3. En caso de entrenador/a de perros de <u>servicio</u>, de <u>señal</u> o de <u>respuesta</u>, deberá presentar al menos uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Certificado original o copia legalizada de curso/s, de duración no inferior a un año, de entrenamiento de perros en el área específica en la que entrenará, en Chile o en el extranjero.</li><li>- Carta de experiencia donde se acredite al menos dos años de</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>entrenamiento de perros en el área específica en la que entrenará, emitida por el representante legal de una organización en Chile o en el extranjero.</p> <p>En caso de entrenador/a de <u>perros guías</u>, deberá presentar al menos uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Certificado original o copia legalizada de curso, de duración no inferior a tres años en entrenamiento de perros guía, realizado(s) en una organización reconocida por la “International Guide Dogs Federation”</li><li>- Carta de experiencia donde se acredite al menos tres años de entrenamiento de perros guía, emitida por el/la representante legal de una escuela miembro permanente de la organización “International Guide Dogs Federation”</li></ul> <p><b>Nota:</b> Las cartas de experiencia no podrán ser emitidas por personal del Servicio Nacional de la Discapacidad, aunque la persona natural haya prestado servicios de apoyo en alguna dirección regional.</p> |
|  | <p>4. Carta donde se acredite una formación mínima de un año relativo a la discapacidad o experiencia mínima de 6 meses en trabajo con personas en situación de discapacidad, emitida por el representante legal de una organización de entrenamiento de perros o de rehabilitación, nacional o extranjera.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Si la documentación está incompleta o errónea, se notificará a la Persona Natural o Jurídica para que rectifique los antecedentes dentro de 15 días hábiles. Si no lo hace en ese período, la solicitud se declarará desistida.

Si la documentación solicitada fue enviada correctamente se procederá a la Inscripción.

Una vez realizada la inscripción, SRCel notificará a la Persona Natural o Jurídica, quien podrá solicitar una copia de su certificado de inscripción en cualquier oficina del SRCel.



**ANEXO N°11: Carta de compromiso del empleador/a**

**(Ciudad), (día) de (mes) de 2019**

Yo, **(nombre Jefatura directa)**, representante legal de **(nombre organización/empresa empleadora)**, dejo constancia que Doña/Don **(persona adjudicataria)** cumple los requisitos establecidos para el perfil laboral de **(cargo en que se emplea o empleará)** y se reconoce la idoneidad y/o experiencia de esta persona para desempeñar las diferentes funciones asociadas a su cargo.

Además, como empleador/a reconozco que la persona antes identificada, requiere contar con servicio de apoyo del tipo **(Asistente personal, Intérprete de Lengua de Señas y/o Asistente de traslado)**, por lo se otorgarán las facilidades que sean necesarias para que la persona cuente con dicho apoyo para favorecer su desempeño laboral.

---

**Nombre y Firma del Representante Legal de la organización empleadora**

\*Una vez completados todos los campos, se solicita eliminar los paréntesis destacados en negrita.