

SOLICITUD DE COMPLEMENTO POR CAMBIO DE ROL: PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL/SECUNDARIA

Declaración jurada simple para la tramitación del complemento por cambio de rol cuando la persona que requiere cuidados y las personas cuidadoras pertenecen al mismo hogar del RSH

“Declaración jurada que da cuenta del cambio de la persona cuidadora principal cuando existen dos o tres personas que declaran cuidar a la misma persona y todas pertenecen al mismo hogar del RSH”.

Yo (nueva persona cuidadora) cédula de identidad N° -, domiciliada en....., de la comuna de....., región de....., vengo en declarar bajo juramento lo siguiente:

Soy la nueva persona cuidadora principal y realizo de manera no remunerada labores de cuidado para cédula de identidad N° -, domiciliada/o en....., de la comuna de....., región de....., quien se encuentra en situación de discapacidad leve, moderada o severa, con dependencia funcional moderada o severa y/o con necesidades educativas especiales permanentes que forma parte del Programa de Integración Escolar o está matriculado en un establecimiento de enseñanza especial.

Lo anterior, para efectos de tramitar la solicitud de complemento de información del Registro Social de Hogares, regulado por el decreto supremo N°22, de 2015 del Ministerio de Desarrollo Social.

Declaro también que estoy en conocimiento de que en caso de verificarse inconsistencia en los datos o evidencia de adulteración o falsedad de los mismos, reportados en esta solicitud de complemento de información y los que pudieran disponerse con posterioridad en registros administrativos y con ocasión de procesos de supervisión, se procederá, cuando corresponda, conforme a lo señalado en los artículos 18 y 51 del decreto supremo N°22, del 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, antes referido, para efecto de lo previsto en los incisos segundo y tercero del artículo 5° de la ley N°20.379.

La emisión de este documento debe contar con una antigüedad máxima de 2 meses contados desde la fecha de la solicitud.

FIRMA.....

Nueva persona Cuidadora Principal

FIRMA.....

Jefatura de Hogar de Persona que requiere cuidados

En..... a..... del mes de.....de 202-