



1

Solicitud de Ingreso al Registro Social de Hogares

N° solicitud

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: - Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO EL INGRESO DE LAS SIGUIENTE/S PERSONA/S, QUIEN/ES DECLARA/N PERTENECER AL HOGAR Y AUTORIZAN ESTA SOLICITUD:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARO, BAJO MI RESPONSABILIDAD, QUE LA FIRMA DE LAS PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR NO ES POSIBLE OBTENERLA POR:

Nombre completo: _____ Motivo: _____

Por ejemplo trabajar en otra región, estudiar en otra comuna, servicio militar.

RESIDENCIA:

Comuna: Nombre calle, vía o camino:

Número: Block N° o letra: Depto N°: Casa N°:

Referencias: _____

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

Con los antecedentes aportados solicito el ingreso al Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y de todos los mayores de 18 años que correspondan, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Asimismo declaro que los NNA incorporados se encuentran bajo el cuidado personal de uno o más integrantes del hogar lo que se acredita con los documentos requeridos en el protocolo vigente.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Incorporación

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: - Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO LA INCORPORACIÓN DE LA/S SIGUIENTE/S PERSONA/S A MI REGISTRO SOCIAL DE HOGARES, QUIEN/ES AUTORIZA/N ESTA SOLICITUD:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Parentesco	Nº de pareja	Pueblo indígena	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARO, BAJO MI RESPONSABILIDAD, QUE LA FIRMA DE LAS PERSONAS DEL HOGAR NO ES POSIBLE OBTENERLA POR:

Nombre completo: _____ Motivo: _____
 Por ejemplo trabajar en otra región, estudiar en otra comuna, servicio militar.

La incorporación del Niño, Niña y/o Adolescente solo debe ser realizada por la madre, el padre, la persona adulta que tiene su cuidado personal o la Jefatura de hogar.

En mi condición de integrante del Hogar N° _____ del Registro Social de Hogares, solicito actualizar la información de composición familiar de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y de todos los mayores de 18 años que correspondan, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Asimismo declaro que los NNA incorporados se encuentran bajo el cuidado personal de uno o más integrantes del hogar lo que se acredita con los documentos requeridos en el protocolo vigente.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante **Firma Jefatura de Hogar** **Nombre y firma persona funcionaria responsable**

Solicitud Desvinculación de la Jefatura de Hogar

(Realizado por otra persona integrante del hogar)

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:											
Correo electrónico:											
RUN:				Teléfono móvil:				Teléfono fijo:			
Dirección:											

EN REPRESENTACIÓN DE MI HOGAR, SOLICITO LA DESVINCULACIÓN DE LA JEFATURA DE HOGAR INDIVIDUALIZADA A CONTINUACIÓN:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido

LAS SIGUIENTES PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR (18 AÑOS O MÁS) AUTORIZAN LA SOLICITUD DE DESVINCULACIÓN DE LA JEFATURA DE HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

Este formulario se utiliza exclusivamente cuando otra persona integrante desvincula a la Jefatura de Hogar.

En mi condición de integrante del Hogar N° _____ del Registro Social de Hogares, solicito actualizar la composición familiar de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y de todos los mayores de 18 años que correspondan, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Desvinculación

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: -

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO LA DESVINCULACIÓN DE LA/S SIGUIENTE/S PERSONA/S DE MI REGISTRO SOCIAL DE HOGARES QUIEN/ES AUTORIZA/N ESTA SOLICITUD:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

IMPORTANTE

Si la desvinculación corresponde a un Niño, Niña y/o Adolescente podrá realizarse solo si va acompañada de su padre, madre o persona adulta que tiene su cuidado personal a menos que presente una Resolución judicial que entregue el cuidado personal a otra persona adulta responsable.

Si el solicitante es Jefe de Hogar solo se requiere su firma, en el caso que otra persona integrante del hogar requiere desvincular a otro integrante del mismo hogar requerirá la firma de la Jefatura de hogar.

En mi condición de integrante del Hogar N° _____ del Registro Social de Hogares, solicito actualizar la información de composición familiar de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y de todos los mayores de 18 años que correspondan, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Firma Jefatura de Hogar

Nombre y firma persona funcionaria responsable



5

Solicitud de Cambio de Domicilio y Vivienda

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: - Teléfono móvil: Teléfono fijo:

SOLICITO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE MI HOGAR POR CAMBIO DE DOMICILIO:

Domicilio anterior:

Comuna	Calle, vía, camino	Nº	Depto	Nº Block o letra	Casa	Sitio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nuevo domicilio del hogar:

Comuna	Calle, vía, camino	Nº	Depto	Nº Block o letra	Casa	Sitio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Referencias:

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de integrante del Hogar Nº _____ del Registro Social de Hogares, solicito actualizar la información de cambio de domicilio y vivienda de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y de todos los mayores de 18 años que correspondan, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Firma Jefatura de Hogar

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Actualización del Módulo de Vivienda

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: -

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

REGISTRE EN EL RECUADRO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA:

V1. Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> 1. Casa 2. Departamento 3. Pieza dentro de la vivienda 4. Mejora, mediagua 5. Rancho, ruca o choza 6. Vivienda de materiales precarios (plásticos, latas, etc.) 7. Otro tipo de vivienda (móvil, carpa, vagón, containers o similar) 8. Hospedería 9. Caleta o punto de calle 10. Vivienda colectiva 11. Residencial, pensión	V2. Su Vivienda ¿Bajo qué situación ocupa el sitio? <input type="checkbox"/> 1. Propio pagado o pagándose 2. Arrendado 3. Cedido, uso gratuito 4. Usufructo (solo uso y goce) 5. Ocupación irregular 6. Poseedor irregular	V3. ¿Bajo qué situación ocupa la vivienda? <input type="checkbox"/> 1. Propia pagada o pagándose 2. Arrendada 3. Cedida, uso gratuito 4. Usufructo (solo uso y goce) 5. Ocupación irregular	V4. Fuente de agua <input type="checkbox"/> 1. Red pública con medidor propio 2. Red pública con medidor compartido 3. Red pública sin medidor 4. Pozo o noria 5. Río, vertiente o estero 6. Otra fuente (no potable)
V5. Distribución de agua <input type="checkbox"/> 1. Con llave dentro de la vivienda 2. Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda 0. No tiene sistema, la acarrea	V6. Sistema de baño <input type="checkbox"/> 1. WC conectado a alcantarillado 2. WC conectado a fosa séptica 3. Cajón, letrina o WC sobre pozo negro, acequia, canal u otro sistema 0. No tiene	V7. Nº de habitaciones que usan como dormitorios (excluyendo baño y cocina) <input type="checkbox"/> V8. Su hogar ¿Es el principal ocupante de la vivienda o sitio? <input type="checkbox"/> 1. Sí 2. No	Preguntas dirigidas a la Materialidad de la Vivienda <input type="checkbox"/> Estado de conservación 1. Bueno 2. Aceptable 3. Malo
V9. Materialidad de los muros <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> 1. Hormigón 2. Albañilería (bloque cemento, piedra o ladrillo) 3. Tabique forrado por ambas caras (madera, lata u otro) 4. Tabique sin forro interior (mandera u otro) 5. Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional 6. Materiales precarios o de desecho (cartón, latas, sacos, plásticos, etc)	V10. Materialidad de pisos <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> 1. Parquet, madera, piso flotante o similar 2. Cerámico, flexit o similar 3. Alfombra o cubrepiso 4. Baldosa de cemento 5. Radier 6. Enchapado de cemento 7. Tierra	V11. Materialidad de techos <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> 1. Tejas o tejuela (arcilla, metálica, cemento, madera, asfáltica) 2. Losa hormigón 3. Planchas metálicas (zinc, cobre, etc) o fibrocemento (pizarreño) 4. Fonolita o plancha de fieltro embreado 5. Paja, coirón, totora o caña 6. Materiales precarios o desecho 7. Sin cubiertas en el techo	

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de integrante del Hogar N° _____ del Registro Social de Hogares, solicito actualizar la información del Módulo de vivienda de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y de todos los mayores de 18 años que correspondan, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Firma Jefatura de Hogar

Nombre y firma persona funcionaria responsable

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: - Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO LA ACTUALIZACIÓN DEL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES EN EL MÓDULO DE EDUCACIÓN DE:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO. REGISTRE EN EL RECUADRO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA:

E1. ¿Actualmente esta persona asiste regularmente a algún establecimiento educacional? (si responde SI no debe responder las siguientes preguntas)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E2. ¿Por qué no asiste? ¿Por qué no lo hace? (Registre el N° según corresponda)	<input type="text"/>	
<p>1. No lo considera necesario 2. Problemas de acceso (restricción de oferta) 3. Problemas de traslado (vías, caminos, etc.) 4. Problemas económicos 5. Quehaceres del hogar o cuidados de otra persona 6. Embarazo, maternidad, paternidad</p> <p>7. Enfermedad que lo inhabilita 8. Problemas familiares 9. No le interesa 10. Está trabajando 11. Terminó de estudiar 12. Otra razón</p>		
E3. ¿Hasta qué curso llegó? (registre con número el último año cursado)	<input type="text"/>	
E4. ¿En qué tipo de educación llegó hasta este curso? (Registre el N° según corresponda)	<input type="text"/>	
<p>0. Ninguno 1. Educación parvularia 2. Educación básica 3. Preparatoria (sistema antiguo) 4. Educación media científico humanista 5. Educación media técnico profesional 6. Humanidades (sistema antiguo) 7. Técnica, comercial, industrial o normalista (sistema antiguo)</p> <p>8. Centro de formación técnica incompleta 9. Centro de formación técnica completa 10. Instituto profesional incompleta 11. Instituto profesional completa 12. Educación universitaria incompleta 13. Educación universitaria completa 14. Postgrado 15. Educación especial-diferencial</p>		

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular/representante del titular del dato perteneciente al Registro Social de Hogares Nº _____, solicito actualizar la información de Educación de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Actualización del Módulo Salud

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN:

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO LA ACTUALIZACIÓN DEL MÓDULO DE SALUD EN EL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES DE:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO.

REGISTRE EN EL RECUADRO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA:

S1. ¿Qué condición o condiciones de forma permanente presenta la persona integrante por la cual actualiza la información? (Marque con una X según corresponda)

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| a. Ceguera o dificultad visual aún usando lentes. | <input type="checkbox"/> | d. Dificultad física | <input type="checkbox"/> |
| b. Sordera o dificultad auditiva aún usando audífonos. | <input type="checkbox"/> | e. Problemas mentales | <input type="checkbox"/> |
| c. Mudez o dificultad en el habla. | <input type="checkbox"/> | f. Problemas psiquiátricos | <input type="checkbox"/> |

S2.a. ¿Puede salir solo(a) a la calle sin ayuda o compañía? (6 años o más) 1. Sí 2. No

S2.b. ¿Puede hacer compras o ir al médico solo(a), sin ayuda o compañía? (15 años o más) 1. Sí 2. No

Sólo para quienes tienen **6 años o más edad**

S2.c. ¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse o comer solo(a)? 1. Sí 2. No

S2.d. ¿Puede moverse/desplazarse solo(a) dentro de la casa? 1. Sí 2. No

S2.e. ¿Puede controlar completamente los esfínteres? 1. Sí 2. No

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular/representante del titular del dato perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Salud de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

9
Solicitud de Actualización del Módulo
Ocupación e Ingresos
 Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input type="text"/>	*
Nº registro	<input type="text"/>	
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: - Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO LA ACTUALIZACIÓN DEL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES EN EL MÓDULO DE OCUPACIÓN E INGRESOS DE:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO.

REGISTRE EN EL RECUADRO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA: (PREGUNTAS PARA PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS)

O1. ¿Está trabajando? (Si responde NO pasar a O8)	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
O2. ¿Cuál es su ocupación actual? (Registre el N° según corresponda)	<input type="text"/>	
1. Patrón/a empleador/a 2. Trabajador/a por cuenta propia 3. Empleado/a u obrero/a 4. Familiar no remunerado. 5. Servicio doméstico. 6. Fuerzas Armadas y de Orden		
O3. Rama de Actividad Económica (Registre el N° según corresponda)	<input type="text"/>	
1. Agricultura, caza y silvicultura 2. Explotación de minas y canteras 3. Industria manufacturera 4. Electricidad, gas y agua 5. Construcción 6. Comercio mayor, menor, restaurantes y hoteles 7. Transporte y comunicaciones 8. Establecimientos financieros y seguros 9. Servicios comunales, sociales		
O4. Temporalidad / Permanencia (Registre el N° según corresponda)	<input type="text"/>	
1. Permanente 2. De temporada o estacional 3. Ocasional o eventual 4. A prueba 5. Por plazo o tiempo determinado		
O5. ¿Tiene contrato de trabajo?	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>
O6. Relación contractua (Registre el N° según corresponda)	<input type="text"/>	
1. Plazo indefinido 2. Plazo fijo 3. Por obra, faena o servicio 4. De aprendizaje 5. No corresponde		
O7. ¿Cuántas horas a la semana trabaja?	<input type="text"/>	Horas
O8. ¿Buscó trabajo remunerado en los dos últimos meses? (Para quienes respondieron NO en O1). (Si responde NO pasar a O9).	1. Sí <input type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>

Solicitud de Actualización del Módulo Ocupación e Ingresos

Registro Social de Hogares

Para quienes respondieron NO en O8.

O9. ¿Por qué no buscó trabajo en los últimos 2 meses? (Registre el N° según corresponda)

- | | |
|--|---|
| 1. Quehaceres del hogar | 6. Jubilado/a, Pensionado/a, montepiada |
| 2. No tiene con quien dejar a los/las niños/as | 7. Rentista |
| 3. Enfermedad crónica o invalidez | 8. Se aburrió de buscar |
| 4. Cuida a un enfermo crónico o postrado | 9. No tiene interés |
| 5. Estudiante | 10. Otra razón |

Ingresos mensuales de los últimos 12 meses

Tipo de ingresos			
	Ingreso del trabajo	Jubilaciones, pensiones	Otros ingresos (arriendos, finiquitos, aportes de terceros, etc)
Mes 1			
Mes 2			
Mes 3			
Mes 4			
Mes 5			
Mes 6			
Mes 7			
Mes 8			
Mes 9			
Mes 10			
Mes 11			
Mes 12			
Total			

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular/representante del titular del dato perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Ocupación e Ingresos de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable



Solicitud Cambio de Jefatura de Hogar

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN:

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO Y AUTORIZO QUE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE INDIVIDUALIZADA SEA LA NUEVA JEFATURA DE HOGAR DE MI REGISTRO SOCIAL DE HOGARES, QUIEN AUTORIZA ESTA SOLICITUD:

Nº	RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Firma nueva Jefatura de Hogar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

Este formulario se utiliza exclusivamente cuando la Jefatura de Hogar asigna a otra persona integrante como nueva Jefatura de Hogar.

En mi condición de Jefatura de Hogar del Folio Nº _____ del Registro Social de Hogares, solicito actualizar la información de la Jefatura de Hogar de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo Nº 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley Nº 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma Jefatura de Hogar saliente

Nombre y firma persona funcionaria responsable

*Datos generados automáticamente por la plataforma



Solicitud de Actualización de Ingresos Monetarios Administrativos

Registro Social de Hogares

Nº solicitud Nº registro Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN:

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO ACTUALIZAR LOS INGRESOS DE _____ (SEÑALAR SI ACTUALIZA INGRESOS DE TRABAJO, DE PENSIÓN O DE CAPITAL)
EL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES, POR CAMBIO DE LA INFORMACIÓN DE:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de ingreso (Registrar monto imponible)

	Trabajador/a Dependiente	Trabajador/a Independiente	Jubilaciones, pensiones	Capital (total anual)
Mes 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mes 12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input type="text"/>
Nombre Representante:	<input type="text"/>
Firma Representante:	<input type="text"/>

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de ingresos administrativos de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Actualización del Valor de Cotización de Salud

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Correo electrónico:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
RUN:	Teléfono móvil:
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Teléfono fijo:
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Dirección:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

SOLICITO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE COTIZACIÓN DE SALUD DE LAS SIGUIENTE/S PERSONA/S INTEGRANTE/S DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nombre Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Firma Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

Variación en el valor de la cotización de salud	<input type="checkbox"/>	Monto del nuevo plan (en pesos)	\$ <input style="width: 100%;" type="text"/>
		Fecha en que se realizó el cambio	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Desafiliación de la institución de salud	<input type="checkbox"/>	Fecha de desafiliación	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Cambio del sistema de salud	<input type="checkbox"/>		

La fecha de desafiliación no debe ser anterior a 3 meses desde la fecha de la solicitud.

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Cotización de salud de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma persona solicitante</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma persona funcionaria responsable</p>
---	--



Solicitud de Actualización de Propiedad de Bien Raíz

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN:

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE PROPIEDAD DE BIEN RAÍZ DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input type="text"/>
Nombre Representante:	<input type="text"/>
Firma Representante:	<input type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

Registre el Rol de la propiedad que requiere actualizar:

Se debe realizar una solicitud por cada propiedad actualizada.

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Prope de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Actualización de Matrícula en Establecimiento Educacional

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
Correo electrónico:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
RUN:		Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

SOLICITO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE MATRÍCULA EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nombre Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Firma Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

Cambio de establecimiento educacional <input type="checkbox"/>	Nombre Nuevo Establecimiento: _____ RBD: _____ Comuna: _____	
Retiro de establecimiento educacional <input type="checkbox"/>	Región: _____ Fecha de cambio: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Matrícula en establecimiento educacional de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Actualización de Propiedad de Vehículo Terrestre

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:											
Correo electrónico:											
RUN:				Teléfono móvil:				Teléfono fijo:			
Dirección:											

SOLICITO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE PROPIEDAD DE VEHÍCULO TERRESTRE DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	
Nombre Representante:	
Firma Representante:	

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

<input type="checkbox"/> Venta o traspaso	<input type="checkbox"/> Fecha:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Marca:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cancelación o resciliación	<input type="checkbox"/> Fecha:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Modelo:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			Año:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			Patente:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Propiedad de vehículo terrestre de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Actualización de Propiedad de Vehículo Marítimo

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
Correo electrónico:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
RUN:		Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

SOLICITO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE PROPIEDAD DE VEHÍCULO MARÍTIMO DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nombre Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Firma Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

Venta o traspaso: <input type="checkbox"/> Pérdida Total: <input type="checkbox"/>	Nombre Embarcación: _____ Matrícula: _____ Actividad: _____ Puerto de Matrícula: _____
Fecha: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Propiedad de vehículo marítimo de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito complementar el Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:	
<input type="text"/>	
Correo electrónico:	
<input type="text"/>	
RUN:	Teléfono móvil:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Teléfono fijo:
	<input type="text"/>
Dirección:	
<input type="text"/>	

SOLICITO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPLETE LOS DATOS SEGÚN CORRESPONDA:

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input type="text"/>
Nombre Representante:	<input type="text"/>
Firma Representante:	<input type="text"/>

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

Ingreso a Educación Superior <input type="checkbox"/>	Fecha de ingreso <input type="text"/>
Tipo de Institución _____	Nombre de Institución _____
Egreso de Educación Superior <input type="checkbox"/>	Fecha de egreso <input type="text"/>
Retiro de Educación Superior <input type="checkbox"/>	Fecha de retiro <input type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Educación superior de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

 Firma persona solicitante

 Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Actualización de Participación en Empresa o Sociedad

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Correo electrónico:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
RUN:	Teléfono móvil:
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Teléfono fijo:
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Dirección:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

SOLICITO ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EMPRESA O SOCIEDAD DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nombre Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Firma Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

Registre el RUT de la Empresa que requiere actualizar:		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Cambio de participación	<input type="checkbox"/>	Fecha de cambio de participación: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Procedimiento concursal (quiebra)	<input type="checkbox"/>	Fecha de quiebra: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Disolución	<input type="checkbox"/>	Fecha de disolución: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito actualizar la información de Participación en empresa o sociedad de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Complemento de Propiedad en Comunidad / Bien Raíz

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:														
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
Correo electrónico:														
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
RUN:					Teléfono móvil:					Teléfono fijo:				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
Dirección:														
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														

SOLICITO COMPLEMENTAR LA INFORMACIÓN DE PROPIEDAD DE BIEN RAÍZ DE:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años	% de Participación
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nombre Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Firma Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

Registre el Rol de la propiedad que requiere complementar:

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito complementar la información de Propiedad en comunidad/bien raíz de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito complementar el Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Complemento por Pago de Arancel de Establecimiento Educacional

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	*
Nº registro	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:											
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>											
Correo electrónico:											
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>											
RUN:				Teléfono móvil:				Teléfono fijo:			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Dirección:											
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>											

SOLICITO COMPLEMENTAR INFORMACIÓN DEL PAGO DE ARANCEL DE ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	
Nombre Representante:	
Firma Representante:	

MARQUE CON UN UNA X EL MOTIVO DEL COMPLEMENTO Y REGISTRE EL MONTO EFECTIVAMENTE PAGADO POR ALGUNA PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

Arancel pagado descontando beca y/o arancel diferenciado:	<input type="checkbox"/>	Monto mensual del arancel pagado por el hogar, descontando beca: \$ _____	
Arancel pagado descontando aportes de personas fuera del hogar:	<input type="checkbox"/>	Monto mensual del arancel pagado por el hogar, descontando aportes: \$ _____	
Arancel pagado descontando becas y aportes de personas fuera del hogar:	<input type="checkbox"/>	Monto mensual del arancel pagado por el hogar, descontando becas y aportes de personas fuera del hogar: \$ _____	

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

Recuerde que el monto del aporte no puede provenir del padre, madre o persona adulta que tiene su cuidado personal.

En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares Nº _____, solicito complementar la información de Pago de arancel de establecimiento educacional de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo Nº 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley Nº 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Complemento por Pensión de Alimentos

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: - Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO COMPLEMENTAR INFORMACIÓN DE PENSIÓN DE ALIMENTOS DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE (TITULAR DEL DATO):

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input type="text"/>
Nombre Representante:	<input type="text"/>
Firma Representante:	<input type="text"/>

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

Marque con un X según corresponda: Pago Recepción Cese o variación **

Valor promedio mensual de la pensión \$

RUN alimentario/a: - Nombre alimentario/a: _____

RUN receptor/a: - Nombre receptor/a: _____

RUN alimentante - Nombre alimentante _____

**Solo si previamente realizó un complemento por pago o recepción de pensión de alimentos.

En mi condición de titular/representante del titular del dato perteneciente al Registro Social de Hogares Nº _____, solicito complementar la información de Pensión de alimentos de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el Sitio Web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Complemento por Compensación Económica

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: - Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO COMPLEMENTAR INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN ECONÓMICA DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE (TITULAR DEL DATO):

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input type="text"/>
Nombre Representante:	<input type="text"/>
Firma Representante:	<input type="text"/>

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

Pago <input type="checkbox"/>	Recepción <input type="checkbox"/>	RUN beneficiario:	<input type="text"/>
Valor promedio mensual de la compensación: \$ <input type="text"/>		Nombre beneficiario:	<input type="text"/>
Fecha de inicio: <input type="text"/>		RUN representante beneficiario:	<input type="text"/>
Nº de cuotas: _____		Nombre representante beneficiario:	<input type="text"/>
		RUN pagador:	<input type="text"/>
		Nombre pagador:	<input type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular/representante del titular del dato perteneciente al Registro Social de Hogares Nº _____, solicito complementar la información de Compensación económica de acuerdo a la datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Complemento por Cotización de Salud por Preexistencias

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
Correo electrónico:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
RUN:		Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

SOLICITO COMPLEMENTAR INFORMACIÓN DE COTIZACIÓN DE SALUD POR PREEXISTENCIA DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nombre Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Firma Representante:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

Recuerde que si la persona cotizante está fuera del hogar deberá adjuntar el documento que acredite que la persona titular del dato es carga de la persona cotizante.

En mi condición de titular/representante del titular del dato perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito complementar la información de Cotización de salud por preexistencia de acuerdo a la datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable



Solicitud de Complemento de Cotización de Salud por Aporte Monetario Efectivo

Registro Social de Hogares

Nº solicitud Nº registro Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN:

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO COMPLEMENTAR INFORMACIÓN DE COTIZACIÓN DE SALUD POR APORTE EFECTIVO DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>					

ADJUNTAR PODER NOTARIAL DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL RSH PARA LOS CASOS DE REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL DATO:

Nombre Completo Persona Titular del Dato:	
Nombre Representante:	
Firma Representante:	

MARQUE CON UNA X EL MOTIVO QUE CORRESPONDA Y COMPLETE LOS DEMÁS ANTECEDENTES: (MARCAR SOLO UNA ALTERNATIVA)

Aporte monetario efectivo de la persona cotizante al hogar de la carga de cotización de salud: \$ RUN alimentario/a: - Nombre alimentario/a: _____RUN receptor/a: - Nombre receptor/a: _____RUN alimentante: - Nombre alimentante: _____

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de titular/representante del titular del dato perteneciente al Registro Social de Hogares N° _____, solicito complementar la información de Cotización de salud por aporte monetario efectivo de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito la actualización del Registro Social de Hogares según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Complemento por Cuidados

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN: - Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Dirección:

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA:

Persona solicitante o alguien del hogar cuida de manera no remunerada a alguna persona en situación de dependencia y/o discapacidad

Persona solicitante o alguien del hogar recibe cuidados no remunerados

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rol: Principal _____ Secundario _____					

DATOS DE LA PERSONA QUE REQUIERE CUIDADOS:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En mi condición de persona cuidadora y/o persona que requiere cuidados y/o Jefatura de Hogar del Registro Social de Hogares, solicito complementar la información de cuidados de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito complementar el Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Firma Jefatura de Hogar
de quien requiere cuidados

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Complemento por Cese de Cuidados

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
Correo electrónico:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
RUN:		Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

DATOS DE LA PERSONA QUE DEJA DE RECIBIR CUIDADOS:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

DATOS DE LA PERSONA QUE DEJA DE SER CUIDADORA:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de persona cuidadora y/o persona que requiere cuidados y/o Jefatura de Hogar del Registro Social de Hogares, solicito complementar la información de cuidados de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito complementar el Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en las demás normas aplicables.

Firma persona solicitante

Firma Jefatura de Hogar
de quien requiere cuidados

Nombre y firma persona funcionaria responsable

Solicitud de Complemento por Cuidados Cambio de Roles

Registro Social de Hogares

Nº solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*
Nº registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
Correo electrónico:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
RUN:		Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección:					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADOS:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

DATOS DE LA/S PERSONA/S CUIDADORA/S QUE CAMBIA/N ROL:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Firma mayor de 18 años	Nuevo rol*
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

***Persona cuidadora principal:** personas mayores de edad, que en forma no remunerada destinan el mayor número de horas al día a servicios de cuidado y/o apoyo o asistencia permanente a personas que requieren cuidados.

Persona cuidadora secundaria: personas mayores de edad, que en forma no remunerada destinan menos horas al día que la persona cuidadora principal, a servicios de cuidado y/o apoyo o asistencia permanente a personas que requieren cuidados.

En mi condición de persona solicitante y/o Jefatura de Hogar del Registro Social de Hogares de la persona que requiere cuidados solicito complementar la información de cuidados de acuerdo a los datos consignados en este formulario para luego ser ingresados en el sitio web del Registro Social de Hogares.

Con los antecedentes aportados solicito complementar el Registro Social de Hogares, según corresponda.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y del titular del dato en el caso que corresponda, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Declaro que la información proporcionada es fidedigna, íntegra y correcta, y autorizo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia para que la utilice, verifique y/o complemente administrativamente, de conformidad con la información con que cuenta, y con la que puedan proveerle otros organismos públicos, necesarios para efectos de su caracterización socioeconómica. Asimismo, autorizo al Ministerio el tratamiento de toda esta información de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, y en

Firma persona solicitante

Firma Jefatura de Hogar
de quien requiere cuidados

Nombre y firma persona funcionaria responsable