



## 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**

\*Datos generados automáticamente por la plataforma

USO EXCLUSIVO EJECUTOR



## 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

## 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"/>

Nombre compañía luz:

Nº cliente luz:

Nombre compañía agua:

Nº cliente agua:

Referencias:

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 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

\_\_\_\_\_  
Firma Jefatura de Hogar

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma persona funcionaria responsable

## Solicitud de Actualización del Módulo de Vivienda

Registro Social de Hogares

N° solicitud

N° registro

Fecha

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:**

Nombre:

Correo electrónico:

RUN:  -

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

Nombre compañía luz:

N° cliente luz:

Nombre compañía agua:

N° cliente agua:

**REGISTRE EN EL RECUADRO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA:**

<p><b>V1. Tipo de Vivienda</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Casa</li> <li>Departamento</li> <li>Pieza dentro de la vivienda</li> <li>Mejora, mediagua</li> <li>Rancho, ruca o choza</li> <li>Vivienda de materiales precarios (plásticos, latas, etc.)</li> <li>Otro tipo de vivienda (móvil, carpa, vagón, containers o similar)</li> <li>Hospedería</li> <li>Caleta o punto de calle</li> <li>Vivienda colectiva</li> <li>Residencial, pensión</li> </ol>	<p><b>V2. Su Vivienda ¿Bajo qué situación ocupa el sitio?</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Propio pagado o pagándose</li> <li>Arrendado</li> <li>Cedido, uso gratuito</li> <li>Usufructo (solo uso y goce)</li> <li>Ocupación irregular</li> <li>Poseedor irregular</li> </ol>	<p><b>V3. ¿Bajo qué situación ocupa la vivienda?</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Propia pagada o pagándose</li> <li>Arrendada</li> <li>Cedida, uso gratuito</li> <li>Usufructo (solo uso y goce)</li> <li>Ocupación irregular</li> </ol>	<p><b>V4. Fuente de agua</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Red pública con medidor propio</li> <li>Red pública con medidor compartido</li> <li>Red pública sin medidor</li> <li>Pozo o noria</li> <li>Río, vertiente o estero</li> <li>Otra fuente (no potable)</li> </ol>
<p><b>V5. Distribución de agua</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Con llave dentro de la vivienda</li> <li>Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda</li> <li>No tiene sistema, la acarrea</li> </ol>	<p><b>V6. Sistema de baño</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>WC conectado a alcantarillado</li> <li>WC conectado a fosa séptica</li> <li>Cajón, letrina o WC sobre pozo negro, acequia, canal u otro sistema</li> <li>No tiene</li> </ol>	<p><b>V7. N° de habitaciones que usan como dormitorios (excluyendo baño y cocina)</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Preguntas dirigidas a la Materialidad de la Vivienda</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Estado de conservación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bueno</li> <li>Aceptable</li> <li>Malo</li> </ol>
<p><b>V9. Materialidad de los muros</b> <input type="checkbox"/> <b>Estado</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hormigón</li> <li>Albañilería (bloque cemento, piedra o ladrillo)</li> <li>Tabique forrado por ambas caras (madera, lata u otro)</li> <li>Tabique sin forro interior (mandera u otro)</li> <li>Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional</li> <li>Materiales precarios o de desecho (cartón, latas, sacos, plásticos, etc)</li> </ol>	<p><b>V10. Materialidad de pisos</b> <input type="checkbox"/> <b>Estado</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Parquet, madera, piso flotante o similar</li> <li>Cerámico, flexit o similar</li> <li>Alfombra o cubrepiso</li> <li>Baldosa de cemento</li> <li>Radier</li> <li>Enchapado de cemento</li> <li>Tierra</li> </ol>	<p><b>V11. Materialidad de techos</b> <input type="checkbox"/> <b>Estado</b> <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tejas o tejuela (arcilla, metálica, cemento, madera, asfáltica)</li> <li>Losa hormigón</li> <li>Planchas metálicas (zinc, cobre, etc) o fibrocemento (pizarreño)</li> <li>Fonolita o plancha de fieltro embreado</li> <li>Paja, coirón, totora o caña</li> <li>Materiales precarios o desecho</li> <li>Sin cubiertas en el techo</li> </ol>	

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



# 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



## 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 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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electrónico:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUN:  -

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**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%;" type="text"/>					
<input style="width: 100%;" type="text"/>					
<input style="width: 100%;" 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%;" type="text"/>
Nombre Representante:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Firma Representante:	<input style="width: 100%;" 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: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Desafiliación de la institución de salud	<input type="checkbox"/>	Fecha de desafiliación	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Cambio del sistema de salud / No afiliación	<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.

\_\_\_\_\_

**Firma persona solicitante**

\_\_\_\_\_

**Nombre y firma persona funcionaria responsable**



# 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 propiedad de 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 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)**

<input type="checkbox"/> Cambio de establecimiento educacional	<input type="checkbox"/> Retiro de establecimiento educacional	Nombre Nuevo Establecimiento: _____ RBD: _____ Comuna: _____ 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 Marítimo

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 VEHÍCULO MARÍTIMO 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"/>

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

Cancelación: <input type="checkbox"/>	Nombre Embarcación: _____
Venta o traspaso: <input type="checkbox"/> Pérdida Total: <input type="checkbox"/>	Matrícula: _____
Fecha: <input type="text"/>	Actividad: _____
	Puerto de Matrícula: _____

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



## 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)**

<b>Registre el RUT de la Empresa que requiere actualizar:</b>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Cambio de participación <input type="checkbox"/>	Disolución <input type="checkbox"/>	Fecha de cambio de participación: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Procedimiento concursal (quiebra) <input type="checkbox"/>	No participa en empresa o sociedad <input type="checkbox"/>	Fecha de quiebra: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		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"/>

**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: 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 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"/>	<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 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.

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

# 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: \_\_\_\_\_

\*\*El cese se realiza 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 complementar información 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"/>	RUN representante beneficiario: <input type="text"/>
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Nombre representante beneficiario: <input type="text"/>	RUN pagador: <input type="text"/>
Nº de cuotas: <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 complementar información 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

N° solicitud	<input style="width: 100%;" type="text"/>	*
N° registro	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fecha	<input style="width: 33%; border: none;" type="text"/> <input style="width: 33%; border: none;" type="text"/> <input style="width: 33%; border: none;" 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%; border: none;" type="text"/>		<input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>		<input style="width: 100%; border: none;" 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%; border: none;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border: none;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border: none;" 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:	

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 complementar información 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	<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%;" type="text"/>	
Correo electrónico:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
RUN:	Teléfono móvil:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Teléfono fijo:
	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Dirección:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

**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 style="width: 100%;" 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%;" type="text"/>
Nombre Representante:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Firma Representante:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**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:	\$ <input style="width: 100%;" type="text"/>
RUN alimentario/a: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre alimentario/a: _____
RUN receptor/a: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre receptor/a: _____
RUN alimentante: <input style="width: 100%;" type="text"/>	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 complementar información 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 información 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

\_\_\_\_\_  
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

Nº registro

Fecha

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:**

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN:

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

**DATOS DE LA PERSONA QUE DEJA DE RECIBIR 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"/>

**DATOS DE LA PERSONA QUE DEJA DE SER 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"/>

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 información 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

\_\_\_\_\_  
Firma Jefatura de Hogar  
de quien requiere cuidados

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma persona funcionaria responsable



24.b

## Solicitud de Complemento por Cuidados Cambio de Roles

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:

### 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"/>

### 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 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

**\*\*Persona cuidadora principal:** persona mayor de 18 años, que en forma no remunerada destina 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:** persona mayor de 18 años, que en forma no remunerada destina 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 información 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

\_\_\_\_\_  
Firma jefatura de hogar  
de quien requiere cuidados

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma persona funcionaria responsable



## Solicitud de Ingreso al Registro Social de Hogares de Personas Institucionalizadas

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 del centro o institución:

### DATOS DEL/LA DIRECTOR/A DEL CENTRO:

Fecha de Resolución:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nombres:

Correo electrónico:

RUN:

Teléfono institución:

### SOLICITO INGRESAR A LA SIGUIENTE PERSONA AL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES:

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En mi condición de persona solicitante, solicito el Ingreso al Registro Social de Hogares del niño, niña o adolescente de acuerdo a los datos consignados en el presente documento.

Se acompaña a esta solicitud la copia de la cédula de identidad del solicitante y/o del director/a del centro 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 director del centro

Nombre y firma persona funcionaria responsable





## Solicitud de Rectificación de Ingresos Monetarios Administrativos

Registro Social de Hogares

N° solicitud N° registro Fecha 

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN:

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

SOLICITO RECTIFICAR LOS INGRESOS DE \_\_\_\_\_ (SEÑALAR SI RECTIFICA INGRESOS DE TRABAJO, DE PENSIÓN O DE CAPITAL)  
EN EL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES, POR ERROR EN LA INFORMACIÓN DE LA SIGUIENTE PERSONA INTEGRANTE DEL HOGAR:

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

	Trabajador/a Dependiente • Monto Imponible	Trabajador/a Independiente • Monto Bruto	Jubilaciones/pensiones	Capital (Total anual actualizado)
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"/> RUN 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 rectificar 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 rectificación 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 o su representante 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 Rectificación de Propiedad de Bien Raíz

Registro Social de Hogares

N° solicitud

N° registro

Fecha

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:**

Nombre completo:

Correo electrónico:

RUN:  -       Teléfono móvil:       Teléfono fijo:

Dirección:

**SOLICITO RECTIFICAR 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"/>	RUN Representante: <input type="text"/>
Firma Representante:	<input type="text"/>	

**Registre el Rol de la propiedad que requiere rectificar:**

-  -

Se debe realizar una solicitud por cada propiedad a rectificar.

**En mi condición de titular del dato (o representante del titular), perteneciente al Registro Social de Hogares N° \_\_\_\_\_, solicito rectificar la información de propiedad de 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 la rectificación 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 o su representante 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 Módulo Educación NNA cuya Persona Responsable es Extranjera

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

DNI / Pasaporte

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**E1. ¿Actualmente esta persona asiste regularmente a algún establecimiento educacional?**  
(si responde SI no debe responder las siguientes preguntas)

Sí  No

**E2. ¿Por qué no asiste? ¿Por qué no lo hace? (Registre el N° según corresponda)**

- |  |                                 |                          |
|--|---------------------------------|--------------------------|
| 1. No lo considera necesario                       | 7. Enfermedad que lo inhabilita | <input type="checkbox"/> |
| 2. Problemas de acceso (restricción de oferta)     | 8. Problemas familiares         |                          |
| 3. Problemas de traslado (vías, caminos, etc.)     | 9. No le interesa               |                          |
| 4. Problemas económicos                            | 10. Está trabajando             |                          |
| 5. Quehaceres del hogar o cuidados de otra persona | 11. Terminó de estudiar         |                          |
| 6. Embarazo, maternidad, paternidad                | 12. Otra razón                  |                          |

**E3. ¿Hasta qué curso llegó? (registre con número el último año cursado)**

**E4. ¿En qué tipo de educación llegó hasta este curso? (Registre el N° según corresponda)**

- |  |   |
|--|---|
| 0. Ninguno   | 8. Centro de formación técnica incompleta |
| 1. Educación parvularia  | 9. Centro de formación técnica completa   |
| 2. Educación básica  | 10. Instituto profesional incompleta      |
| 3. Preparatoria (sistema antiguo)                                | 11. Instituto profesional completa        |
| 4. Educación media científico humanista                          | 12. Educación universitaria incompleta    |
| 5. Educación media técnico profesional                           | 13. Educación universitaria completa      |
| 6. Humanidades (sistema antiguo)                                 | 14. Postgrado                             |
| 7. Técnica, comercial, industrial o normalista (sistema antiguo) | 15. Educación especial-diferencial        |

En mi condición de adulto responsable del integrante del Registro Social de Hogares N° \_\_\_\_\_, 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 documentación establecida en los protocolos, 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 adulto responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma persona funcionaria responsable

## Solicitud de Incorporación de Niño, Niña o Adolescente cuya Persona Responsable es Extranjera

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:											
DNI / Pasaporte				Teléfono móvil:				Teléfono fijo:			
Dirección:											

**SOLICITO LA INCORPORACIÓN DE LA/S SIGUIENTE/S PERSONA/S AL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES, DE QUIENES SOY RESPONSABLE:**

RUN	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Parentesco	Pueblo indígena
-						
-						
-						
-						
-						

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

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

**En mi condición de adulto responsable del integrante del Registro Social de Hogares N° \_\_\_\_\_, solicito actualizar la información de composición familiar de acuerdo con 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 documentación establecida en los protocolos, los que serán cargados digitalmente en la plataforma al momento de digitar la solicitud.

Asimismo declaro que los NNA incorporados se encuentran bajo mi cuidado personal 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

\_\_\_\_\_

**Firma adulto/a responsable**

\_\_\_\_\_

**Nombre y firma persona funcionaria responsable**

## Solicitud de Actualización de Módulo de Salud NNA cuya Persona Responsable es Extranjera

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

DNI / Pasaporte

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 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 adulto responsable del integrante del 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 documentación establecida en los protocolos, 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 adulto/a responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma persona funcionaria responsable



# Solicitud de Cambio de Domicilio y Vivienda de NNA cuya Persona Responsable es Extranjera

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

DNI / Pasaporte

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"/>

Nombre compañía luz:

Nº cliente luz:

Nombre compañía agua:

Nº cliente agua:

Referencias:

  

En mi condición de adulto responsable del integrante del Registro Social de Hogares Nº \_\_\_\_\_, 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 documentación establecida en los protocolos, 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

Firma adulto/a responsable

Nombre y firma persona funcionaria responsable

## Solicitud de Actualización Ocupación e Ingresos de NNA cuya Persona Responsable es Extranjera

Registro Social de Hogares

Nº solicitud

Nº registro

Fecha

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre completo:

Correo electrónico:

DNI / Pasaporte

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### LAS PREGUNTAS DE 01 A 09 SON DIRIGIDAS A NNA MAYORES DE 15 AÑOS:

<b>01. ¿Está trabajando?</b> (Si responde NO pasar a O8)	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
<b>02. ¿Cuál es su ocupación actual? (Registre el N° según corresponda)</b> 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	<input type="checkbox"/>
<b>03. Rama de Actividad Económica (Registre el N° según corresponda)</b> 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	<input type="checkbox"/>
<b>04. Temporalidad / Permanencia (Registre el N° según corresponda)</b> 1. Permanente 2. De temporada o estacional 3. Ocasional o eventual 4. A prueba 5. Por plazo o tiempo determinado	<input type="checkbox"/>
<b>05. ¿Tiene contrato de trabajo?</b>	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
<b>06. Relación contractua (Registre el N° según corresponda)</b> 1. Plazo indefinido 2. Plazo fijo 3. Por obra, faena o servicio 4. De aprendizaje 5. No corresponde	<input type="checkbox"/>
<b>07. ¿Cuántas horas a la semana trabaja?</b>	<input type="text"/> Horas
<b>08. ¿Buscó trabajo remunerado en los dos últimos meses?</b> (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 Ocupación e Ingresos de NNA cuya Persona Responsable es Extranjera

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 (solo mayores de 15 años)	Jubilaciones, pensiones (para todos los NNA)	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 adulto responsable del integrante del 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 documentación establecida en los protocolos, 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 adulto/a responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma persona funcionaria responsable

## Solicitud de Actualización del Módulo de Vivienda de NNA cuya Persona Responsable es Extranjera

Registro Social de Hogares

N° solicitud

N° registro

Fecha

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA SOLICITANTE:**

Nombre:

Correo electrónico:

DNI / Pasaporte:  -

Teléfono móvil:

Teléfono fijo:

Dirección:

Nombre compañía luz:

N° cliente luz:

Nombre compañía agua:

N° cliente agua:

**REGISTRE EN EL RECUADRO EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA:**

<b>V1. Tipo de Vivienda</b> <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	<b>V2. Su Vivienda ¿Bajo qué situación ocupa el sitio?</b> <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	<b>V3. ¿Bajo qué situación ocupa la vivienda?</b> <input type="checkbox"/> 1. Propia pagada o pagándose 2. Arrendada 3. Cediada, uso gratuito 4. Usufructo (solo uso y goce) 5. Ocupación irregular	<b>V4. Fuente de agua</b> <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)
<b>V5. Distribución de agua</b> <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	<b>V6. Sistema de baño</b> <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	<b>V7. N° de habitaciones que usan como dormitorios (excluyendo baño y cocina)</b> <input type="checkbox"/> <b>V8. Su hogar ¿Es el principal ocupante de la vivienda o sitio?</b> <input type="checkbox"/> 1. Sí    2. No	<b>Preguntas dirigidas a la Materialidad de la Vivienda</b> <input type="checkbox"/> <b>Estado de conservación</b> 1. Bueno 2. Aceptable 3. Malo
<b>V9. Materialidad de los muros</b> <input type="checkbox"/> <b>Estado</b> <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)	<b>V10. Materialidad de pisos</b> <input type="checkbox"/> <b>Estado</b> <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	<b>V11. Materialidad de techos</b> <input type="checkbox"/> <b>Estado</b> <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, tatora o caña 6. Materiales precarios o desecho 7. Sin cubiertas en el techo	

USO EXCLUSIVO EJECUTOR

En mi condición de adulto responsable del integrante del Registro Social de Hogares N° \_\_\_\_\_, 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 documentación establecida en los protocolos, 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 adulto/a responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma persona funcionaria responsable

