**PLAN DE DESARROLLO PERSONAL (PDP)**

**solo para categoría N° 3 DESARROLLO DE INDEPENDENCIA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD**

Este formulario debe ser llenado por la persona que realiza la solicitud o por una persona que lo represente. **no aplica para la línea formación de cuidadores**.

I. **IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A**

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

II. **IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE APOYO A SOLICITAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Descripción de su participación actual(qué hace, qué roles cumple, en qué ámbitos de inclusión participa) *[Máx. 1500 caracteres]* |  | | | | | | | |
| Problema identificado | ¿Cuál es el problema que presenta? *[Máx. 1000 caracteres]* | | | | | | | |
| ¿Cómo el problema identificado afecta el tránsito hacia la vida independiente/su vida independiente? *[Máx. 1000 caracteres]* | | | | | | | |
| Solución propuesta | **¿Qué solución propone para disminuir o eliminar el problema? [Puede marcar más de uno]** | | | | | | | |
| Contratación de un asistente personal | | | | | | |  |
| Contratación de un servicio de traslado | | | | | | |  |
| Contratación de un intérprete de lengua de señas | | | | | | |  |
| Contratación de un entrenador de perros de asistencia | | | | | | |  |
| Hacer adaptaciones del entorno | | | | | | |  |
| ¿Cómo la solución propuesta contribuye al tránsito hacia su vida independiente? *[Máx. 1000 caracteres]* | | | | | | | |
|  |  | | **Objetivos** | | | **Indicadores:** Describa de qué forma se medirá el cumplimiento del objetivo | | |
| Objetivos que se espera lograr | 1. |  | | | |  | | |
| 2. |  | | | |  | | |
| 3. |  | | | |  | | |
| Identifique las actividades en las cuales requiere Apoyo | *[Si marca asistente personal]* SERVICIOS DE APOYO DE CUIDADOS, ASISTENCIA Y/O INTERMEDIACIÓN | | | | | | | |
| Marcar las actividades en las que solicita apoyo a través de este proyecto | | | | | | Descripción del apoyo que requiere *[Máx. 300 caracteres]* | |
| Comer | | | |  | |  | |
| Vestuario | | | |  | |  | |
| Bañarse/ducharse | | | |  | |  | |
| Higiene personal y aseo | | | |  | |  | |
| Uso del inodoro | | | |  | |  | |
| Cuidado de la vejiga e intestinos | | | |  | |  | |
| Cuidado de las ayudas técnicas personales | | | |  | |  | |
| Movilidad dentro de la casa | | | |  | |  | |
| Dormir/descanso | | | |  | |  | |
| Preparar alimentos | | | |  | |  | |
| Uso de tecnologías y medios de comunicación | | | |  | |  | |
| Cuidado de la salud (Ir al médico, administración de medicamentos, entre otros) | | | |  | |  | |
| Ir de compras | | | |  | |  | |
| Manejo de temas financieros | | | |  | |  | |
| Movilidad en la comunidad | | | |  | |  | |
| Mantención del hogar | | | |  | |  | |
| Procedimientos de seguridad y respuestas ante emergencias | | | |  | |  | |
| Cuidado de otros/as | | | |  | |  | |
| Toma de decisiones | | | |  | |  | |
| Exploración de actividades vocacionales | | | |  | |  | |
| Apoyo en el contexto de trabajo | | | |  | |  | |
| Apoyo en actividades recreativas | | | |  | |  | |
| Apoyo para la participación comunitaria | | | |  | |  | |
| Otros (describa) | | | |  | |  | |
| **ENTORNOS ADAPTADOS** | | | | | | | |
| Ensanchamiento de puertas | | |  | | |  | |
| Instalación o construcción de rampa | | |  | | |  | |
| Disponer elementos de seguridad (barras, barandas, protección de estufa o interruptores, entre otros) | | |  | | |  | |
| Redistribución de artefactos de uso diario (interruptores, manillas, muebles, elementos de baño o cocina, entre otros) | | |  | | |  | |
| Otro (Describa) | | |  | | |  | |
| Intensidad del apoyo | Horas diarias promedio | | |  | | | | |
| Qué días a la semana | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividades del proyecto | **Meses** | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En caso de que haya un mes sin actividades, debe justificarlo:  *[Máximo 1000 caracteres]* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |