**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]* |
|  |