|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVICIO** |  | **FECHA DE REMISION** |
| **UNIDAD OPERATIVA** |  | DD | MM | AÑO |
| **LOCALIDAD** |  | **DIRECCION:**  |
| **TELÉFONO** |  | **EXT.** |  |
| **NOMBRE DEL PROFESIONAL** |  |
| **CARGO** |  |
| **Datos de la persona con discapacidad** |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|  |  |  |
| Tipo de documento | No. De documento | Edad |
|  |  | Años | Meses | Días |
| Tipo de Discapacidad | Nivel Académico | Teléfono de contacto |
|  |  |  |
| Departamento | Ciudad | Barrio | Dirección Residencia |
|   |   |   |  |

|  |
| --- |
| **Datos de Identificación del Referente Familiar** |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
|  |  |  |
| Tipo de documento | No. De documento | Teléfono de contacto |
|  |  |  |
| **Remisiones** |
| Institución o servicio al que se remite | Dirección |
|  |  |
| Profesional de contacto | Cargo | Teléfono |
|  |  |  |
| **Motivo de la remisión** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Firmas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profesional** | **Coordinador Unidad operativa** | **Persona con discapacidad o Referente familiar** |
| Nombre | Nombre | Nombre |
| Firma | Firma | Firma |

Tratamiento de Datos Personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

**GUIA DE DILIGENCIAMIENTO**

# Desarrollo

|  |  |
| --- | --- |
| **Variable** | **Descripción** |
| Servicio | Registre el nombre del servicio como se encuentra en la Resolución de criterios vigente de la Secretaria Distrital de Integración Social. |
| Unidad Operativa | Escriba el nombre de la unidad operativa que presta el servicio social |
| Fecha | Anote día, mes y año en la cual se realiza la remisión. |
| Localidad | Escriba la localidad en la que se encuentra ubicada la unidad operativa. |
| Dirección | Registre la dirección en la que se encuentra ubicada la unidad operativa. |
| Teléfono y Extensión | Escriba el teléfono de contacto y extensión de la unidad operativa. |
| Nombre del profesional | Escriba el nombre del profesional que recepciona el caso. |
| Cargo | Escriba el cargo del profesional que recepciona el caso. |
| Datos de identificación de la persona con discapacidad | Escriba apellidos y nombres completos de la persona con discapacidad.Registre el tipo de documento de identidad y número de identidad de la persona con discapacidad.Anote la edad de la persona con discapacidad en años, meses y días.Escriba el tipo de discapacidad que presenta de la persona con discapacidad de acuerdo a la definición de la línea técnica.Escriba el último nivel académico que tiene la persona con discapacidad, en caso contrario escriba ninguno.Registre los datos de contacto actualizados de la persona con discapacidad como lo son: teléfono, departamento, ciudad barrio y dirección de residencia. |
| Datos de Identificación del Referente Familiar | Escriba el nombre del referente familiar y/o cuidador de la persona con discapacidad, así como el tipo de documento de identidad y número de identidad. Anote el teléfono de contacto actual del referente familiar. |
| Remisiones | Escriba nombre completo de la institución a la cual se remite el caso de la persona con discapacidad, así como datos de dirección, profesional de contacto, cargo y teléfono |
| Motivo de remisión | Indique el motivo de forma clara y detallada por el cual se remite a otro servicio u otra entidad, es importante tener en cuenta la Resolución de criterios vigente, así como habilidades o situaciones que vulneren los derechos de la persona con discapacidad  |
| Firmas | El profesional que remite a la persona con discapacidad debe firmar con su puño y letra. El coordinador de la unidad operativa debe firmar como constancia y aprobación de la remisión y el referente familiar debe firmar como constancia de recibido. |

# Condiciones generales

* El formato debe ser diligenciado con esfero de color negro.
* El formato no puede contener tachones ni enmendaduras.

# Administración de formato

La administración del formato estará a cargo de la Coordinación Distrital y el Equipo de Coordinadores Locales del servicio social del Proyecto de Discapacidad, quien lo mantendrá actualizado, implementado y socializado. En caso de requerirse actualizaciones al mismo, estos serán los responsables de liderar el ejercicio.