

## Programas y Beneficios: ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Seleccione Subsidio o Beneficio: **OFICINA DE LA DISCAPACIDAD**

Diseño de la Actividad o Beneficio						Objetivo de la Actividad o Beneficio	Individualización del acto que estableció el programa o actividad					Enlace a mayor información
Unidad, órgano interno o dependenci a que lo gestiona	Requisitos y antecedentes para postular	Monto global asignado \$	Período o plazo de postulación	Criterio de evaluación y asignación	Plazos asociados al procedimiento de evaluación y asignación.		Tipo	Denominación	Numero	Fecha	Link texto integro	
Dideco/ Organizaciones Comunitarias	<p>Personas con algún grado de discapacidad, tanto física, mental o sensorial. No existen límites de edad. Usuarios pertenecientes a Agrupaciones, Instituciones, Escuelas Especiales, Centros Diurnos en donde participan personas con discapacidad.</p> <p>1.- Inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad</p> <p>2.- Tener Fps con puntaje hasta los 13,484</p> <p>3.- Fotocopia de la Cedula de Identidad o Certificado de Nacimiento.</p>	<p><b>Presupuesto 2015</b>  <b>Oficina de la Discapacidad.</b>  <b>\$20.707.000</b></p>	diaria/permanente	Cumplimiento de requisitos	<p><b>Resultados de postulación según evaluación SENADIS</b></p>	<p>Promover acciones que tengan por finalidad la atención y orientación integral, a personas con discapacidad residentes en la Comuna de Talca, a sus grupos familiares, representantes de discapacitados y agrupaciones, alcanzando así un mayor grado de participación e integración en las distintas actividades del Municipio</p>	Convenio Marco con Senadis	Resolucion	Resolucion N° 2640	<p>Fecha de convenio 13/04/2005</p> <p>Fecha de resolucion 06/06/2005</p>	<p><a href="http://WWW.SENADI S.CL">WWW.SENADI S.CL</a></p>	

Nota: programa que se ejecuta en coordinación con SENADIS.

**NOMINA DE BENEFICIARIOS: AYUDAS TÉCNICAS**

N°	Fecha de otorgamiento del beneficio	Identificación del acto por el cual se otorgó el beneficio				Nombres del beneficiario	Razón Social, si receptor es persona jurídica
		Tipo	Denominación	Fecha	Numero		
1			SIN MOVIMIENTOS EN EL MES				

**ACTIVIDADES REALIZADAS**

N°	Mes Inscripción					COSTO \$	Razón Social, si receptor es persona jurídica
		Tipo	Denominación	Fecha	Numero		
1	Mes de Enero		SIN ACTIVIDADES EN EL MES				NO APLICA

\_\_\_\_\_  
**SONIA LOLAS MAGNA**  
 DIRECTORA DESARROLLO COMUNITARIO

\_\_\_\_\_  
**VALERIA SALAZAR**  
 ENCARGADA OFICINA MUNICIPAL  
 DE LA DISCAPACIDAD

**NOTA: Se excluye información para resguardo de datos personales Art. 2 Letra G) Ley N° 19.628.**