

Importante:

- Profesional médico (general o especialista), kinesiólogo(a) o terapeuta ocupacional pueden respaldar la indicación de todas las Ayudas Técnicas dispuestas en este formulario.
- Profesional fonoaudiólogo y educador diferencial, sólo pueden respaldar la indicación de las siguientes Ayudas Técnicas: Dispositivo de seguimiento cefálico u ocular, Máquina de escribir Braille, Notebook, Software de reconocimiento y digitalización de caracteres, Software lector de pantalla, Software reconocedor de voz y Tablero de comunicación digital.
- Profesor de educación general (básica o media), sólo pueden respaldar la indicación de las siguientes Ayudas Técnicas: Máquina de escribir Braille, Notebook, Software de reconocimiento y digitalización de caracteres, Software lector de pantalla, Software reconocedor de voz y Tablero de comunicación digital.
- Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las Ayudas Técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo N°1 "Listado de Ayudas Técnicas y Tecnologías de Apoyo año 2024" de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de Ayudas Técnicas".

Fecha de indicación	/	/
----------------------------	---	---

I. Antecedentes personales del solicitante:

Nombre:	RUN:
Diagnóstico(s):	
Justificación solicitud de Ayuda Técnica (indicar nivel de dependencia o funcionalidad según corresponda):	

II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

CATEGORÍA: APOYO VISUAL	
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar	
Ayuda Técnica	Características
<input type="checkbox"/> Máquina de escribir Braille	No aplica

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN, AUDICIÓN Y FONACIÓN	
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar	
Ayuda Técnica	Características
<input type="checkbox"/> Tablero de comunicación digital	No aplica

CATEGORÍA: HIGIENE Y SEGURIDAD		
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar		
Ayuda Técnica	Características	
<input type="checkbox"/> Alza baño con apoya brazos	No aplica	
<input type="checkbox"/> Baño portátil	No aplica	
<input type="checkbox"/> Silla de ducha con respaldo alto y sujeciones	Talla	<input type="checkbox"/> S
		<input type="checkbox"/> M
		<input type="checkbox"/> L
	Soporte	<input type="checkbox"/> Tina
	<input type="checkbox"/> Ducha	
<input type="checkbox"/> Silla de ducha con respaldo y apoya brazos	No aplica	
<input type="checkbox"/> Silla de tina giratoria	No aplica	
<input type="checkbox"/> Silla de transferencia para ducha / tina	No aplica	

CATEGORÍA: NOTEBOOK, SOFTWARE Y COMPLEMENTOS	
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar	
Ayuda Técnica	Características
<input type="checkbox"/> Dispositivo de seguimiento cefálico	No aplica
<input type="checkbox"/> Dispositivo de seguimiento ocular	No aplica
<input type="checkbox"/> Notebook	No aplica
<input type="checkbox"/> Software de reconocimiento y digitalización de caracteres (incluye escáner)	No aplica
<input type="checkbox"/> Software lector de pantalla	No aplica
<input type="checkbox"/> Software reconocedor de voz	No aplica

III. Identificación del profesional que respalda la indicación:

(*) Campos obligatorios, en caso de no completar con la información requerida es motivo de rechazo de la postulación

(*) Nombre:	(*) RUN:
(*) Profesión / Especialidad:	Institución:
Teléfono:	(*) Firma y timbre de profesional que indica:
Correo electrónico:	