**ANEXO 5**

**SOLICITUD DE ADECUACIÓN DOMICILIARIA**

Solicito la adecuación de mi vivienda en relación a las secuelas presentadas posterior a haber sufrido un accidente o enfermedad profesional denunciado en ISL el pasado dd/mm/aa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

% Incapacidad( PCG) COMPIN :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Fecha de resolución COMPIN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Antecedentes requeridos:**

[ ] Resolución de Incapacidad COMPIN

[ ] Certificado de Incapacidad otorgado COMPIN

[ ] Copia Cédula de identidad vigente

[ ] Certificado de dominio de la propiedad

[ ] Copia de inscripción en conservador de bienes raíces

[ ] Certificado de matrimonio (si es casado/a)

[ ] Certificado de pago de contribuciones al día o certificado de Exención de pago de impuesto territorial

[ ] Plano o croquis de la propiedad (puede ser solicitado en municipalidad o en Conservador de Bienes Raíces)

[ ] Declaración jurada de autorización de modificaciones del domicilio (Si el inmueble es de un familiar, de un tercero o varios copropietarios).

**INSTRUCCIONES ANEXO 5**

|  |
| --- |
| **PARA EL SOLICITANTE**1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.
3. **La presente solicitud será gestionada con la Unidad a cargo de la tramitación del beneficio, una vez que sean aportados todos los documentos requeridos**.

**SUCURSAL**1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida según lo señalado 2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.3. Una vez firmado este formulario, con fecha de recepción debidamente consignada, enviar a Prestaciones médicas de su región, adjuntando los antecedentes requeridos (especialmente de la vivienda), para revisión de la documentación y posterior despacho a Prestaciones médicas de nivel central. |

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I/RUT: