**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: