

PARA TENER EN CUENTA, ANTES DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMATO:

1. “El formato debe diligenciarse directamente por el adulto mayor o su responsable, se radica formato por usuario.
2. “El diligenciar e imprimir este documento no genera ninguna obligación para el Municipio de Medellín, en el sentido de otorgar subsidios o acceder a los programas o beneficios ofrecidos por la Administración. Por estar sujeto al cumplimiento de requisitos y cupos disponibles”. Se autoriza a la Secretaria de Bienestar Social para verificar la información contenida en este documento.
3. Igualmente se informa que el documento debe ser diligenciado con los anexos correspondientes y debe ser entregado exclusivamente en cualquiera de los Mas Cercas de la ciudad de Medellín.
4. Tener claro los REQUISITOS e para acceder a los programas de TERCERA EDAD Y DISCAPACIDAD, con el fin de definir el formato a diligenciar:
5. **FORMATO DE TERCERA EDAD**
Personas mayores de 60 años o mayores de 50 años en situación de discapacidad (certificada por el médico de la entidad prestadora de salud asignada a través del régimen de seguridad social en salud).
6. **FORMATO DE DISCAPACIDAD**
Personas de 0 a 50 años en situación de discapacidad.
7. Igualmente pueden documentarse de la página Web de los programas y servicios que ofrece la Secretaría de Bienestar Social a través de los proyectos de la Unidad de Tercera Edad y Discapacidad para las personas adultas mayores y para las personas en situación de discapacidad.

PARA: RADICAR EN CORRESPONDENCIA MERCURIO
A NOMBRE DE: COLONIA -UNIDAD DE TERCERA EDAD

SOLICITUD PROGRAMAS DE TERCERA EDAD- COLONIA

FECHA DE LA SOLICITUD: _____
SERVICIO SOLICITADO: _____

DILIGENCIE COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS				
GÉNERO Y ETNIA	MASCULINO	FEMENINO	ETNIA	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
FECHA DE NACIMIENTO	DIA:	MES:	AÑO:	
EDAD				

INFORMACIÓN DE SISBÉN ACTUAL

<u>FICHA</u>	<u>NIVEL</u>	<u>PUNTAJE</u>

SU UBICACIÓN

BARRIO/ CORREGIMIENTO	ZONA	COMUNA
DIRECCIÓN (Según Cuenta de servicios públicos):		
TELÉFONOS:		
MUNICIPIO		

NOMBRE LAS OTRAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE RESIDAN CON USTED:

NOMBRE	CÉDULA	FECHA NACIMIENTO	EDAD

NOMBRE LOS PROGRAMAS DE TERCERA EDAD QUE RECIBE ACTUALMENTE USTED O ALGUNOS DE SUS FAMILIARES QUE RESIDAN CON USTED.

COMPONENTE	SI	NO	NOMBRE DE QUIEN LO RECIBE	No. CÉDULA
Paquete Alimentario (canasta)				
Subsidio Hogares Sustitutos Tercera Edad				
Subsidio Protección Social				
Almuerzo Caliente				
Institución				
OTRO, CUÁL				

N°	Esta solicitud se revisará, por lo tanto, usted debe confirmar:	SI	NO
1.	Resido permanentemente en el Municipio de Medellin.		
2.	Percibo pensión, pensión por sustitución, jubilación o renta personal		
3.	Tengo SISBEN del Municipio de Medellin.		

AMPLIACIÓN DE SU SOLICITUD:

QUIEN INFORMA:

NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO

DIRECCIÓN:

ANEXAR: FOTOCOPIA DE LA CÉDULA Y HOJA SISBEN ACTUALIZADA.

Se autoriza ala Secretaria de Bienestar Social para verificar la información contenida en este documento.

El diligenciar este documento no genera ninguna obligación para el Municipio de Medellín, en el sentido de otorgar subsidios o acceder a los programas o beneficios ofrecidos por la Administración. Por estar sujeto al cumplimiento de requisitos y cupos disponibles.

ESTE DOCUMENTO NO TIENE NINGÚN COSTO Y PUEDE RECLAMARSE DIRECTAMENTE EN LA ALCALDÍA DE MEDELLÍN OFICINA 402 – SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL Ó EN LAS SEDES DE LAS UNIDADES INTEGRALES

Firma del usuario o huella

C:C