



**BENEFICIO DE FARMACIA**

| Unidad de Gestión           | Requisitos y antecedentes para postular   | Período o plazo de postulación | Criterios de evaluación o asignación | Plazos asociados a procedimiento de evaluación y asignación  | Objetivo   | Tipo       | Fecha    | Denominación   | Número de solicitud |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|--|------------|----------|--|---------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO SOCIAL | Evaluación social de carencia de recursos o estado de necesidad para cubrir la demanda, a través de visita domicilia e informe social realizado por la Asistente Social de la Municipalidad o informes sociales derivados de otros servicios. Documentación de respaldo cuando así se requiera. (receta médica) | mensual/Permanente             | Cumplimiento de requisitos           | Entrega de medicamentos, pañales y complemento alimenticio, leche, tres veces al año en situaciones debidamente acreditadas. Excepcionalmente por tres veces más, previo receso de 3 meses y de acuerdo a evaluación | Ayudas social con el objeto de adquirir medicamentos, complementos alimenticios y otros productos no provistos por la red de salud pública | Resolución | ___/2015 | Farmacia (medicamentos, complementos alimenticios y otros productos debidamente recetados) | ___/2015            |

**NOMINA DE BENEFICIARIOS**

| N° | Fecha de otorgamiento del beneficio | Tipo       | Denominación            | N°resolución | N° de solicitud | Nombre del Beneficiario |
|----|-------------------------------------|------------|-------------------------|--------------|-----------------|-------------------------|
| 1  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | COMPLEMENTO ALIMENTICIO | 35           | 62              | ANSELMO PEREZ PEREZ     |
|    |                                     |            |                         |              |                 |                         |
|    |                                     |            |                         |              |                 |                         |

**BENEFICIO DE ENSURE**

| Unidad de Gestión           | Requisitos y antecedentes para postular   | Período o plazo de postulación | Criterios de evaluación o asignación | Plazos asociados a procedimiento de evaluación y asignación   | Objetivo  | Tipo       | Fecha    | Denominación | Número de solicitud |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|---|---|------------|----------|--------------|---------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO SOCIAL | Evaluación social de carencia de recursos o estado de necesidad para cubrir la demanda, a través de visita domicilia e informe social realizado por la Asistente Social de la Municipalidad o informes sociales derivados de otros servicios. Documentación de respaldo cuando así se requiera. (receta médica) | mensual/Permanente             | Cumplimiento de requisitos           | Entrega de complemento alimenticio Ensure tres veces al año en situaciones debidamente acreditadas. Excepcionalmente por tres veces más, previo receso de 3 meses y de acuerdo a evaluación | Ayudas social de complemento alimenticio Ensure no provisto por la red de salud pública | Resolución | ___/2015 | Ensure       | ___/2015            |

**NOMINA DE BENEFICIARIOS**

| N° | Fecha de otorgamiento del beneficio | Tipo       | Denominación | N°resolución | N° de solicitud | Nombre del Beneficiario   |
|----|-------------------------------------|------------|--------------|--------------|-----------------|---------------------------|
| 1  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 21           | 31              | ESTER RETAMAL HERRERA     |
| 2  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 28           | 57              | JUANA BECERRA REYES       |
| 3  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 29           | 59              | MARTA CARO CAJALES        |
| 4  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 29           | 62              | ANSELMO PEREZ PEREZ       |
| 5  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 29           | 60              | MARIA TERESA FERIA        |
| 6  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 30           | 63              | SANDRA MORALES PANGUE     |
| 7  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 30           | 65              | CLAUDIA VALENCIA VALDIVIA |
| 8  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 30           | 68              | NORA FERNANDEZ FERANANDEZ |
| 9  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | ENSURE       | 31           | 63              | CARLOS VALENZUELA ROJO    |
|    |                                     |            |              |              |                 |                           |
|    |                                     |            |              |              |                 |                           |

**BENEFICIO DE PAÑALES ADULTO TALLA G**

| Unidad de Gestión           | Requisitos y antecedentes para postular   | Período o plazo de postulación | Criterios de evaluación o asignación | Plazos asociados a procedimiento de evaluación y asignación   | Objetivo  | Tipo       | Fecha    | Denominación           | Número de solicitud |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|---|---|------------|----------|------------------------|---------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO SOCIAL | Evaluación social de carencia de recursos o estado de necesidad para cubrir la demanda, a través de visita domicilia e informe social realizado por la Asistente Social de la Municipalidad o informes sociales derivados de otros servicios. Documentación de respaldo cuando así se requiera. (receta médica) | mensual/Permanente             | Cumplimiento de requisitos           | Entrega de pañales Adulto talla G tres veces al año en situaciones debidamente acreditadas. Excepcionalmente por tres veces más, previo receso de 3 meses y de acuerdo a evaluación | Ayudas social destinada a cubrir la necesidad de insumos no provistos por la red de salud pública | Resolución | ___/2015 | Pañales Adulto talla G | ___/2015            |

**NOMINA DE BENEFICIARIOS**

| N° | Fecha de otorgamiento del beneficio | Tipo       | Denominación | N°resolución | N° de solicitud | Nombre del Beneficiario    |
|----|-------------------------------------|------------|--------------|--------------|-----------------|----------------------------|
| 1  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 16           | 23              | REGINA CAJALES FAURE       |
| 2  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 16           | 22              | ADRIANA PERALES MORENO     |
| 3  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 16           | 18              | MARIA BUSTOS PALMA         |
| 4  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 17           | 28              | ANIELA CORTES PAVEZ        |
| 5  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 17           | 29              | DENIS CERDA STOKEBRAN      |
| 6  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 17           | 30              | MARTA RODRIGUEZ VALENZUELA |
| 7  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 19           | 5               | AIDA CONTRERAS             |
| 8  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 19           | 10              | MAGDALENA SOTO MUÑOZ       |
| 9  | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 19           | 11              | ALICIA DIAZ BASSI          |
| 10 | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 22           | 31              | ESTER RETAMAL HERRERA      |
| 11 | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 22           | 37              | LEOPOLDO ANDUINCE MENA     |
| 12 | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 34           | 63              | SANDRA MORALES PANGUE      |
| 13 | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 34           | 67              | HILDA ESPINOZA BRUNA       |
| 14 | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 34           | 68              | NORA FERNANDEZ FERANANDEZ  |
| 15 | 02.02.2015                          | RESOLUCION | PAÑALES      | 34           | 69              | CARLOS VALENZUELA ROJO     |
|    |                                     |            |              |              |                 |                            |
|    |                                     |            |              |              |                 |                            |

**BENEFICIO PROYECTO EDUCATIVO**

| Unidad de Gestión           | Requisitos y antecedentes para postular   | Período o plazo de postulación   | Criterios de evaluación o asignación | Plazos asociados a procedimiento de evaluación y asignación  | Objetivo   | Tipo       | Fecha    | Denominación       | Número de solicitud |
|-----------------------------|---|--|--------------------------------------|--|--|------------|----------|--------------------|---------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO SOCIAL | Ser Chileno / tener residencia en la comuna / haber egresado de 4to medio de un establecimiento municipalizado de la comuna de Villa Alemana / Acreditar condición de vulnerabilidad / Haber egresado el año inmediatamente anterior a la entrega del beneficio / matricularse en una universidad del Consejo de Rectores | Acorde a la fecha de matrículas para los alumnos de 1er año de las universidades del consejo de rectores | Cumplimiento de requisitos           | Acorde a la fecha de matrículas para los alumnos de 1er año de las universidades del consejo de rectores | Ayuda social destinada a cubrir el pago de matrícula y ayuda económica de 20 UF durante el 1er año únicamente. | Resolución | ___/2015 | PROYECTO EDUCATIVO | ___/2015            |

**NOMINA DE BENEFICIARIOS**

| N° | Fecha de otorgamiento del beneficio | Tipo | Denominación | N° Oficio | N° de solicitud | Nombre del Beneficiario |
|----|-------------------------------------|------|--------------|-----------|-----------------|-------------------------|
|    |                                     |      |              |           |                 |                         |

**BENEFICIO SERVICIO FUNERARIO**

| Unidad de Gestión           | Requisitos y antecedentes para postular   | Período o plazo de postulación | Criterios de evaluación o asignación | Plazos asociados a procedimiento de evaluación y asignación | Objetivo   | Tipo       | Fecha    | Denominación       | Número de solicitud |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|---|--|------------|----------|--------------------|---------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO SOCIAL | Evaluación social de carencia de recursos o estado de necesidad para cubrir la demanda, a través de visita domicilia e informe social realizado por la Asistente Social de la Municipalidad o informes sociales derivados de otros servicios. Documentación de respaldo cuando así se requiera. | Permanente                     | Cumplimiento de requisitos           | Cancelación contra factura                                  | Es un servicio que se entrega a la familia del fallecido, cancelando el servicio funerario básico y de ser necesario el traslado de una comuna a otra. | Resolución | ___/2015 | Servicio Funerario | ___/2015            |

**NOMINA DE BENEFICIARIOS**

| N° | Fecha de otorgamiento del beneficio | Tipo | Denominación | N° Resolución | N° de solicitud | Nombre del Beneficiario |
|----|-------------------------------------|------|--------------|---------------|-----------------|-------------------------|
| 1  |                                     |      |              |               |                 |                         |

**BENEFICIO AYUDAS TECNICAS**

| Unidad de Gestión           | Requisitos y antecedentes para postular   | Período o plazo de postulación | Criterios de evaluación o asignación | Plazos asociados a procedimiento de evaluación y asignación | Objetivo                           | Tipo       | Fecha    | Denominación    | Número de solicitud |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|------------|----------|-----------------|---------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO SOCIAL | Contar con la credencial de discapacidad o haber iniciado el trámite en la COMFIN / Ser persona vulnerable o en estado de necesidad | Permanente                     | Cumplimiento de requisitos           | 1 vez año   | Mejoramiento de la calidad de vida | Resolución | ___/2015 | Ayudas Técnicas | ___/2015            |

**NOMINA DE BENEFICIARIOS**

| N° | Fecha de otorgamiento del beneficio | Tipo | Denominación | RESOLUCION | N° de solicitud Oficina Discapacidad | Nombre del Beneficiario | Beneficio |
|----|-------------------------------------|------|--------------|------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------|
| 1  |                                     |      |              |            |                                      |                         |           |

**EXAMENES MEDICOS**

| Unidad de Gestión           | Requisitos y antecedentes para postular   | Período o plazo de postulación | Criterios de evaluación o asignación | Plazos asociados a procedimiento de evaluación y asignación  | Objetivo  | Tipo       | Fecha    | Denominación   | Número de solicitud |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|---|------------|----------|----------------|---------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO SOCIAL | Evaluación social de carencia de recursos o estado de necesidad para cubrir la demanda, a través de visita domicilia e informe social realizado por la Asistente Social de la Municipalidad o informes sociales derivados de otros servicios. Documentación de respaldo cuando así se requiera. (receta médica) | mensual/Permanente             | Cumplimiento de requisitos           | Entrega de Cheques para la realización de exámenes médicos, con la situación debidamente acreditada y evaluada por asistente social, tope máximo de 3 utm. | Ayudas social destinada a cubrir la necesidad de insumos no provistos por la red de salud pública | Resolución | ___/2015 | EXAMEN MEDICOS | ___/2015            |

**NOMINA DE BENEFICIARIOS**

| N° | Fecha de otorgamiento del beneficio | Tipo | Denominación | N°resolución | N° de solicitud | Nombre del Beneficiario |
|----|-------------------------------------|------|--------------|--------------|-----------------|-------------------------|
|    |                                     |      |              |              |                 |                         |

**BENEFICIO DE VIVIENDAS DE EMERGENCIAS**

| Unidad de Gestión           | Requisitos y antecedentes para postular   | Período o plazo de postulación | Criterios de evaluación o asignación | Plazos asociados a procedimiento de evaluación y asignación | Objetivo   | Tipo       | Fecha    | Denominación | Número de solicitud |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|---|--|------------|----------|--------------|---------------------|
| UNIDAD DE DESARROLLO SOCIAL | Evaluación social de carencia de recursos o estado de necesidad para cubrir la demanda, a través de visita domicilia e informe social realizado por la Asistente Social de la Municipalidad o informes sociales derivados de otros servicios. Documentación de respaldo cuando así se requiera. (receta médica) |                                | Cumplimiento de requisitos           | Entrega de Vivienda de emergencia (mediagua o módulo).      | Ayudas social dirigida a familias que requieren una solución habitacional, previa evaluación por profesional del área social y dependiendo del Stock disponible. | Resolución | ___/2015 | Ensure       | ___/2015            |

**NOMINA DE BENEFICIARIOS**

| N° | Fecha de otorgamiento del beneficio | Tipo | Denominación | N°Oficio | N° de solicitud | Nombre del Beneficiario |
|----|-------------------------------------|------|--------------|----------|-----------------|-------------------------|
|    |                                     |      |              |          |                 |                         |