

Carta de Compromiso

Información general de la Familia

ID Familia		Fecha de Suscripción	06/01/2022 22/01/2022
Nombre Familia			
Domicilio de la Familia			
Región			
Comuna			

Estimada Familia, el Estado de Chile la invita a participar en el **Programa Familias – Seguridades y Oportunidades**, que tiene por objetivo desarrollar junto a ustedes una serie de acciones dirigidas a entregarles herramientas que permitan mejorar su bienestar.

Con la suscripción de esta Carta de Compromiso, su familia se incorpora al Subsistema Seguridades y Oportunidades del Sistema Intersectorial de Protección Social, durante un periodo aproximado de **28 meses**, de los cuales durante **13 meses** recibirán el acompañamiento de un profesional que trabajará con ustedes diversas temáticas vinculadas a las siguientes dimensiones de bienestar: educación, salud, trabajo, ingresos, vivienda y entorno. Por otra parte, las familias recibirán información respecto a las prestaciones y programas sociales existentes en sus territorios. A partir del mes 14 continuarán en calidad de usuarios del Subsistema Seguridades y Oportunidades lo que implica acceder de manera preferente a servicios y prestaciones sociales.

A continuación, se señalan los derechos y compromisos a los cuales su familia y cada uno de sus integrantes tienen acceso y se comprometen, en el caso de aceptar la participación en el programa.

Derechos

1. Derecho a ser tratados con respeto y dignidad.
2. Derecho a ser informados claramente sobre el programa y conocer las condiciones que podrían ocasionar el término de su participación.
3. Derecho a aceptar o rechazar la invitación a participar del programa.
4. Derecho a ser informados de los resultados del proceso de acompañamiento que como familia tienen en cada etapa del programa.
5. Derecho a aceptar, rechazar o proponer cambios al Plan de Intervención, según se estime conveniente.
6. Derecho a acceder a las transferencias monetarias y a los servicios y programas sociales que ayuden a lograr los objetivos establecidos en el Plan de Desarrollo Familiar.
7. Derecho a renunciar voluntariamente al programa y a los beneficios asociados, por medio de la firma de una carta, donde se exprese la voluntad de renunciar, la que se debe entregar al profesional del Programa.
8. Derecho a suspender temporalmente la participación en el programa por una causa justificada, hasta por 12 meses máximo, período durante el cual se suspenden los beneficios asociados a éste. La familia además tendrá derecho a retomar la participación en el programa, siempre y cuando la solicitud de continuidad se realice dentro de los meses de suspensión acordados y que el motivo que dio origen a la suspensión ya no sea un impedimento para seguir siendo parte del programa.

9. Derecho a que el tratamiento y protección de sus datos personales, así como los de los integrantes de la familia participante, se efectuará en la forma y condiciones que determine la ley.
10. Derecho a conocer y utilizar los procedimientos para realizar los reclamos que corresponda en casos de incumplimiento de los aspectos comprometidos por el programa. Para tal efecto debe acercarse a la unidad de intervención respectiva (Municipalidad o Delegación) y/o a la Oficina Regional / Provincial del FOSIS más cercana a su territorio.

Compromisos

1. Adoptar una actitud de respeto y colaboración con el equipo técnico del programa.
2. Informar al equipo técnico oportunamente en caso que la familia esté imposibilitada de cumplir con alguno de los compromisos establecidos.
3. Participar en las sesiones familiares e individuales, asociadas al acompañamiento integral que propone el programa, en una modalidad presencial cuando el Plan Paso a Paso y las autoridades municipales lo permitan, así como también, cuando la familia autorice la presencia del profesional en su domicilio.
4. Al finalizar la alerta sanitaria en el territorio nacional, la familia deberá participar presencialmente de las sesiones familiares e individuales, asociadas a su acompañamiento integral. El no cumplimiento de su participación en dichas sesiones puede implicar el término unilateral de su participación.
5. Informar a los profesionales cualquier cambio que ocurra en la familia, que eventualmente modifique o afecte la participación en el programa. Por ejemplo: Fallecimiento de integrante, nacimiento de un nuevo integrante o cambio de domicilio.
6. No entregar información falsa, parcial o adulterada, ni ocultar información relevante acerca de la situación familiar.
7. En caso de existir una suspensión de la intervención, inferior a 12 meses, la familia se compromete a informar al profesional, previo al término del periodo de la suspensión, si desean retomar la intervención o si requirieren ampliación de ésta.
8. En caso de existir una suspensión por un total de 12 meses (máximo plazo de suspensión), la familia se compromete a informar al profesional, previo al término de dicho periodo, si está en condiciones de retomar la intervención. De lo contrario, se entenderá que está en conocimiento que vencido el plazo se pondrá término a la participación

Representante de la Familia

Yo....., RUN.....,
en representación de mi familia, firmo el presente documento y me comprometo a cumplir con los acuerdos del Programa Familias - Seguridades y Oportunidades durante el tiempo en que participemos.

Fondo de Solidaridad e Inversión Social

El FOSIS, a través del profesional del Programa Familias - Subsistema de Seguridades y Oportunidades, en nombre del Estado de Chile y del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, suscribe el presente documento y se compromete al cumplimiento de los acuerdos asumidos con esta familia, en los plazos acordados.

Nº	Nombre y Apellidos	R.U.N	Parentesco con jefe/a de familia	¿Presente en sesión?
1				Elija un elemento.
2				Elija un elemento.
3				Elija un elemento.
4				Elija un elemento.
5				Elija un elemento.
6				Elija un elemento.
7				Elija un elemento.
8				Elija un elemento.

Declaro que conozco los derechos que tenemos y los compromisos adquiridos respecto a nuestra participación en el Programa Familias - Seguridades y Oportunidades.

Representante Subsistema Seguridades y Oportunidades
(Nombre, Firma y R.U.N.)

Representante de la Familia
(Nombre, Firma y R.U.N.)

***La validación de este documento por parte de la familia se realiza a través de la modalidad:**

Mediante mensaje de texto / mensaje de voz