1. **Información del Solicitante:**

|  |
| --- |
| Solicitante |
| Nombres |  | Apellidos |  |
| Tipo de identificación |  | Número de identificación |  |
| Fecha de nacimiento |  | Edad |  |
| Sexo | Hombre |  | Mujer  |  |
| Género | Femenino |  | Masculino |  | LGBTI |  | Prefiero no decirlo |  |
| Nombre identitario (opcional) personas LGBTI |  |
| ¿Hay antecedentes de violencia en los hechos que va a relatar? | SI |  | NO |  |
| ¿Usted es lideresa o defensora de derechos humanos? | SI |  | NO |  |
| Dirección |  | Estrato |  |
| Teléfono |  |
| Correo Electrónico |  |
| Persona con discapacidad | SI |  |  NO  |  | ¿Cuál?\* |  |
| Grupo étnico\* |  | Otro |  | ¿Cuál? |  |

|  |
| --- |
| Apoderado (en caso que aplique) |
| Nombres |  | Apellidos |  |
| Tipo de identificación |  | Número de identificación |  |
| Fecha de nacimiento |  | Edad |  |
| Sexo | Hombre |  | Mujer  |  |
| Género | Femenino |  | Masculino |  | LGBTI |  | Prefiero no decirlo |  |
| Nombre identitario (opcional) personas LGBTI |  |
| Dirección |  | Estrato |  |
| Teléfono |  |
| Correo Electrónico |  |
| Persona con discapacidad | SI |  |  NO  |  | ¿Cuál?\* |  |
| Grupo étnico\* |  | Otro |  | ¿Cuál? |  |

1. **Existencia o no de acuerdos de apoyo o de directivas anticipadas vigentes**

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |

¿Existe un acuerdo de apoyos o directivas anticipadas vigente a su nombre?

1. **Preguntas para Identificación de apoyos actuales** (deben ser formuladas directamente al usuario o, con su consentimiento y cuando sea el caso, a su acompañante)
2. ¿Con quién vive usted?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |

1. ¿Necesita de atención domiciliaria o uso de algún mecanismo tecnológico?

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |

1. ¿Acudió sólo a solicitar el servicio?
2. Si acudió acompañado por alguien, indique su parentesco con esa persona

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parentesco** | **Sí** | **No** |
| Cónyuge / Pareja |  |  |
| Padre / Madre |  |  |
| Hijo / Hija |  |  |
| Otro familiar |  |  |
| ¿Cuál? |
| Amigo |  |  |
| Compañero de trabajo |  |  |
| Otro |  |  |
| ¿Cuál? |



1. ¿Alguna persona le presta apoyo para realizar sus actividades diarias o cotidianas?

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |



¿Quién?

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** |
|  |  |



1. Entre las personas de su confianza, ¿quiénes lo respetan, lo comprenden y le preguntan antes de tomar una decisión importante para usted?

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** |
|  |  |

1. ¿La forma de comunicación y citación preferida por usted?

|  |
| --- |
|  |

1. **Preguntas para identificación de apoyos para la comunicación**

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |

1. ¿Sabe leer y escribir?
2. ¿Qué formas o medios emplea para comunicarse? Si necesita de una persona escriba su(s) nombre(s) y parentesco.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sí | No |

1. ¿Considera que necesita apoyos para la comunicación?
2. ¿Cuáles de los siguientes apoyos necesita?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apoyos** | **Sí** | **No** |
| Magnificador de documentos |  |  |
| Software lector de pantalla |  |  |
| Documentos en sistema Braille |  |  |
| Software traductor de lengua de señas |  |  |
| Intérprete de lengua de señas |  |  |
| Pictogramas / Comunicador de pictogramas |  |  |
| Otro |  |  |
| ¿Cuál? |

1. **Actuaciones y actos para los que precisa la formalización de apoyos o de directivas anticipadas.**
2. Hechos o razones de las actuaciones: (Si fuere necesario use una hoja adicional).

|  |
| --- |
|  |

1. Actos: (Si fuere necesario use una hoja adicional).

|  |
| --- |
|  |

1. Cuantía:

|  |  |
| --- | --- |
| La Cuantía del conflicto asciende a la suma de  | **$**  |

Cuantía Indeterminada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Fecha inicio del conflicto:

|  |
| --- |
| Marque con una equis (x) la opción correspondiente  |
| De 1 A 30 días (hasta 1 mes)  |   |
| de 31 días a 180 días (entre 2 y 6 meses)  |   |
| Superior a 180 días (entre 7 y 12 meses)  |   |
| Superior a 365 días (superior a 1 año)  |   |
| No Informa  |   |

1. Asunto Materia del Conflicto:

|  |
| --- |
|  |

1. Anexos:

|  |
| --- |
|  |

Nota: Los trámites de formalización de acuerdos de apoyo se sustentan únicamente en la expresión de voluntad de la persona con discapacidad. En consecuencia, en ninguna de sus etapas se requiere contar con un informe de valoración de apoyos expedida por una entidad prestadora de ese servicio. Con todo, si el titular del acto cuenta con una valoración de apoyos, puede anexarla a la solicitud si esa es su voluntad, para que sea tenida como un insumo para identificar los ajustes razonables que la persona requiere durante el trámite.

1. **Nombre y datos de contacto de la o las personas naturales o jurídicas que designará como apoyo**

|  |
| --- |
| Persona natural |
| Nombre: |
| Tipo de documento |   |
| Documento de identidad  |   | Expedida  |   |
| Dirección/localidad |   | Teléfono /Celular  |   |
| Correo electrónico |   |

|  |
| --- |
| Personas jurídicas |
| Nombre y/o razón social: |
| Nit |   | Representante legal |   |
| Documento de identidad  |   | Expedida  |   |
| Dirección/localidad |   | Teléfono /Celular  |   |
| Correo electrónico |   |

1. **Los siguientes ítems deben ser diligenciados únicamente por la persona que realizó el registro del usuario con discapacidad.**

**Preguntas de Valoración**

1. En relación con los procesos comunicativos, el usuario:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí | No |
| Permanece atento |  |  |
| Comprende y/o expresa órdenes e instrucciones sencillas ocomplejas |  |  |
| Se comunica de forma coherente |  |  |
| Respeta los turnos de palabra |  |  |
| Mantiene la mirada |  |  |

1. En relación con el autocontrol, el usuario:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí | No |
| Tiene control de las emociones |  |  |
| Presenta impulsividad ante la toma de decisiones |  |  |

1. En relación con las habilidades funcionales, el usuario:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí | No |
| Tiene restricciones en la movilidad |  |  |
| Se presenta con ayudas técnicas (muletas, bastón, silla deruedas entre otros) |  |  |
| Presenta dificultades para el agarre de elementos para escribir,o abrir puertas, o sostener elementos |  |  |
| Presenta movimientos involuntarios como espasmos o tembloresque le impiden realizar movimientos controlados por el mismo |  |  |
| Presenta ausencia parcial o total de alguno de los miembrossuperiores o inferiores |  |  |

1. Síntesis de apoyos requeridos para la asesoría

|  |  |
| --- | --- |
| **Apoyo** | **Observaciones** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Declaración Juramentada:

Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que mi estrato corresponde al alcance de este Consultorio Jurídico y que no cuento con los recursos económicos para acceder a un servicio oneroso.

1. Autorización para el manejo de Datos Personales:

Con el propósito de dar un adecuado tratamiento a sus datos personales de acuerdo al Régimen General de Protección de Datos Personales reglamentado por la Constitución Política Nacional, la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, que desarrolla los derechos constitucionales que tienen las personas de conocer, actualizar y rectificar todo tipo de información que de ellas sea objeto de tratamiento en bases de datos de entidades públicas y/o privadas, y siendo primordial para este Centro de Conciliación del Consultorio Jurídico de la Universidad de Pamplona, contar con su consentimiento previo, expreso y escrito, en el que nos faculte a mantener una comunicación constante con usted. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias que desarrolla el Centro de Conciliación de forma directa o a través de terceros. Por lo anterior, consiento y autorizo de manera expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento, para las finalidades y en los términos que me fue informado.

Nombre Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Estudiante que recepciona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Celular:

\*Nota: los tipos de discapacidad pueden ser física, auditiva, visual, sordoceguera, mental o psicosocial, intelectual o cognitiva, y múltiple.

\*Nota: grupos étnicos: Afrocolombiano, Raizal, Indígena, Palenquero, y Rom - Gitano