**FORMULARIO POSTULACIÓN PARA ACREDITACIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS SIN FINES DE LUCRO QUE PUEDEN OTORGAR LOS PROGRAMAS DE ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY N°21.120 Y SU REGLAMENTO[[1]](#footnote-1)**

1. **ANTECEDENTES GENERALES**
2. **Nombre del programa.** Nombre breve y descriptivo o nombre de fantasía.

|  |
| --- |
|  |

1. **Región.** Seleccionar la o las regiones en las que se ejecutará el programa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       | Región de Arica y Parinacota |       | Región de Tarapacá |
|       | Región de Antofagasta |       | Región de Atacama |
|       | Región de Coquimbo  |       | Región de Valparaíso  |
|       | Región Metropolitana de Santiago |       | Región del Libertador General Bernardo O’Higgins  |
|       | Región del Maule  |       | Región del Ñuble |
|       | Región del BioBío  |       | Región de La Araucanía |
|       | Región de Los Ríos |       | Región de Los Lagos |
|       |  Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo |       | Región de Magallanes y de la Antártica Chilena |

1. **Comuna**. Nombrar la o las comunas en las que se ejecutará el programa.

|  |
| --- |
|  |

1. **INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN POSTULANTE**
2. **Organización Postulante.** Antecedentes de la organización que postula el proyecto. Adjuntar los siguientes documentos:
* Copia autorizada de la escritura de constitución de la persona jurídica o sus estatutos y de todas las modificaciones que digan relación con la personería, composición del directorio razón social, domicilio, patrimonio, o con otro aspecto relevante y pertinente a los fines de la acreditación, si las hubiere.
* Certificado de vigencia de la persona jurídica, emitido con máximo seis meses de anterioridad a la fecha de su presentación.
* Certificado de composición de los órganos de dirección y administración de la persona jurídica sin fines de lucro, emitido con máximo seis meses de anterioridad a la fecha de su presentación.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |       |
| Giro: |       |
| RUT: |       |
| Región: |       |
| Ciudad: |       |
| Comuna: |       |
| Domicilio: |       |
| Fecha de constitución persona jurídica:  | DD/MM/AAAA |
|  |

1. **Representante Legal de la Persona Jurídica sin fines de lucro.** Antecedentes personales de el/los representante/s legal/es de la organización postulante

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |       |
| RUT: |       |
| Mail de contacto:  |       |
| Teléfono de contacto:  |       |

1. **Información de la/s sede/s en donde se ejecutará el programa.** Antecedentes de las sedes de la organización postulante, así como descripción de sus instalaciones. Adjuntar antecedentes que acrediten el derecho de uso del inmueble o de los inmuebles en el o los que se ofrecerán los programas, tales como título de dominio, contrato de arrendamiento vigente u otro pertinente, respecto de cada una de las sedes si las hubiere, así como fotografías y/o planos de el/los inmueble/s, que permitan acreditar que la institución cuenta con las instalaciones idóneas[[2]](#footnote-2).

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la sede: |       |
| Comuna: |       |
| Dirección: |       |
| Persona a cargo: |       |  |  |
| Mail de contacto:  |       |
| Teléfono de contacto:  |       |
| Descripción de las instalaciones: |       |

En caso de que el programa se realice en 2 o más sedes, responder lo anterior **respecto de cada una de ellas.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la sede: |       |
| Comuna: |       |
| Dirección: |       |
| Persona a cargo: |       |  |  |
| Mail de contacto:  |       |
| Teléfono de contacto:  |       |

1. **EXPERIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN POSTULANTE Y DEL EQUIPO DE ACOMPAÑAMIENTO**
2. **Antecedentes generales**. Describir a la organización postulante, detallando los objetivos del programa de acompañamiento, y detallar la experiencia, de al menos 2 años, en ejecución de prestaciones biopsicosociales vinculadas al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes cuya identidad de género no coincida con su nombre y sexo registral. Sólo en los casos que la institución no cuente con dicha experiencia acreditada, esta se podrá justificar con la experiencia de tres años contados con anterioridad a la fecha de la postulación, de al menos dos de sus profesionales del equipo biopsicosocial.

Para validar la experiencia se requiere adjuntar antecedentes pertinentes que lo acrediten.

|  |
| --- |
| (Descripción organización, objetivos y experiencia) |

1. **Proyectos anteriores en área de niñez.** Enumerar y describir brevemente los proyectos desarrollados por la organización postulante en el área de la niñez. Contestar sólo en caso que la organización haya realizado o realice proyectos relacionados con el área de niñez.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del proyecto y breve descripción | Fecha de realización y público objetivo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Antecedentes del equipo.** Identificar a las personas integrantes del equipo biopsicosocial, del personal de apoyo involucrado en los programas de acompañamiento y de los profesionales de salud que participen en razón de convenios, respecto de todas las sedes, especificando tanto sus datos personales como el cargo y funciones.

Adjuntar respecto de todos ellos los siguientes documentos:

* Documento con antecedentes curriculares.
* Documentos pertinentes que acrediten experiencia laboral necesaria[[3]](#footnote-3).
* Certificado de antecedentes para fines especiales emitido con máximo 60 días.
* Documento que acredite que no se encuentran inhabilitados para trabajar con menores de edad en virtud de la ley N°20.594, que crea Inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas inhabilidades[[4]](#footnote-4).
* En caso de que la institución no cuente con especialista en psiquiatría propio, y a fin de cumplir con el requisito de contar con dicha especialidad para atenciones de salud mental, cuando se requiera, se deberán acompañar además, los convenios con entidades privadas o personas naturales, suscritos a fin de otorgar dicha prestación.

**Integrante N°1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |       |
| RUT: |       |
| Profesión o actividad: |       |  |  |
| Cargo a desempeñar en el proyecto: |       |
| Funciones a desarrollar en el proyecto: |       |

**Integrante N°2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |       |
| RUT: |       |
| Profesión o actividad: |       |  |  |
| Cargo a desempeñar en el proyecto: |       |
| Funciones a desarrollar en el proyecto: |       |

**Integrante N°3**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |       |
| RUT: |       |
| Profesión o actividad: |       |  |  |
| Cargo a desempeñar en el proyecto: |       |
| Funciones a desarrollar en el proyecto: |       |

**Integrante N°4**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |       |
| RUT: |       |
| Profesión o actividad: |       |  |  |
| Cargo a desempeñar en el proyecto: |       |
| Funciones a desarrollar en el proyecto: |       |

1. **Datos de contacto de persona a cargo del proceso de postulación de la organización[[5]](#footnote-5).**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |       |
| Teléfono o celular: |       |
| Correo electrónico: |       |

1. **Acompañar declaración jurada firmada ante notario público por el representante legal de la organización, en la que conste el compromiso de la institución de ofrecer los programas de acompañamiento profesional de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Decreto Supremo N° 3, de 2019, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de las Niñez que aprueba reglamento del artículo 26 inciso primero de la ley n° 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género, así como su cumplimiento con pleno respeto a los principios establecidos en el artículo 6° del mismo, a los derechos de los niños, niñas y adolescentes reconocidos en la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, en los demás tratados internacionales ratificados por Chile (Anexo N° 1).**

**ANEXO N°1 DECLARACION JURADA**

Por el presente instrumento, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que la institución*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* a la cual represento,se compromete a ofrecer los programas de acompañamiento profesional de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Decreto Supremo N° 3 del año 2019, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que aprueba reglamento del artículo 26 inciso primero de la ley 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género.

Declaro además, que la institución desarrolla los programas de acompañamiento con pleno respeto a los principios establecidos en el artículo 6° del mismo reglamento, a los derechos de los niños, niñas y adolescentes reconocidos en la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, en los demás tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, y en la legislación nacional.

**FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL**

Fecha, ..........................................

1. El formulario debe entregarse, junto con los antecedentes solicitados, en la Oficina de Partes del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, ubicado en Catedral N° 1575, Santiago. Cualquier duda, enviar un correo a losninosprimero@desarrollosocial.gob.cl. [↑](#footnote-ref-1)
2. Las instalaciones deberán garantizar a los niños, niñas y adolescentes y sus familias, una atención personalizada en condiciones de privacidad. Para estos efectos, las instalaciones deberán contar con, al menos, una oficina que permita mantener atenciones en forma privada, un baño y una sala de espera. [↑](#footnote-ref-2)
3. De acuerdo a lo señalado en el literal c) del artículo 14 del Reglamento de la ley °21.120, el programa deberá contar con un equipo biopsicosocial de profesionales que cuenten con formación y experiencia acreditable de al menos dos años, en trabajo en niñez y familia, perspectiva de derechos, enfoque sistémico familiar, ciclo vital, intervención familiar e intervención comunitaria. El equipo debe estar integrado por, a lo menos, un psicólogo y un trabajador social. Respecto al especialista en psiquiatría este deberá acreditar experiencia en atención infantojuvenil. Recordar que en caso que la institución no cuente con experiencia mínima de dos años, se deberá justificar experiencia de 3 años contados con anterioridad a la fecha de postulación, de al menos dos de sus profesionales del equipo biopsicosocial. [↑](#footnote-ref-3)
4. Impresión del resultado de la consulta de inhabilidades para trabajar con menores de edad. Sitio web: <https://www.registrocivil.cl/principal/servicios-en-linea/inhabilidades-para-trabajar-con-menores-de-edad>. [↑](#footnote-ref-4)
5. Con el fin de que el Ministerio de Desarrollo Social y Familia pueda contactarse con la organización en caso de requerirse complementar la información enviada. [↑](#footnote-ref-5)