

## FORMULARIO DEL GRUPO FAMILIAR

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

No. DPI: \_\_\_\_\_ Extendido en: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

### Grupo familiar

No.	Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	No. DPI	Firma o huella digital

¿Hay alguien en su familia que padezca una discapacidad? SI  NO

¿Quién la padece? Yo  mi cónyuge  uno de mis hijos (as)  otro

¿Cuál es la discapacidad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_