



**PROGRAMA DE VIVIENDA PARA ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES  
DECLARACIÓN DE NÚCLEO FAMILIAR  
SISTEMA INTEGRADO DE SUBSIDIO HABITACIONAL  
D.S. N° 1, (V. y U.), DE 2011.**

Yo, .....,

(nombres y apellidos completos)

Cédula Nacional de Identidad N° ....., declaro lo siguiente:

1. Las personas que forman parte de mi Registro Social de Hogares y que componen el núcleo familiar con el cual postulo en este acto, son las siguientes:

N°	RUN	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Relación con postulante	Discapacidad (*)	Firma (sólo mayores de 18 años) (**)
1							
2							
3							
4							

(\*) Marcar con X si presenta Discapacidad

(\*\*) Los mayores de 18 años, a excepción del cónyuge o conviviente civil del postulante, deberán consentir con su firma que forman parte de este grupo familiar y adjuntar fotocopia de sus respectivas Cédulas de Identidad. En la eventualidad de resultar seleccionado, el cónyuge o conviviente civil quedará automáticamente inhabilitado/a para acceder a un nuevo subsidio habitacional.

3. El ingreso neto mensual de mi núcleo familiar es el siguiente:

\$

4. Ninguno de los integrantes de mi núcleo familiar acreditado en esta postulación, a la fecha de hoy, son propietarios o asignatarios de una vivienda, de una infraestructura sanitaria o de un sitio, ni se encuentran postulando a alguno de los programas habitacionales que operan a través de los SERVIU o con reserva del subsidio conforme al Título IV del D.S. N° 120, (V. y U.), de 1995, así como tampoco tienen un subsidio habitacional sin aplicar.
5. En caso de resultar beneficiado/a con el subsidio habitacional, los integrantes de mi núcleo familiar mayores de 18 años se encuentran en conocimiento que no podrán postular a un subsidio habitacional, por un período de 3 años contados a partir de la respectiva resolución de selección. Esta situación es ratificada con la firma de cada uno de ellos en la tabla precedente.
6. Otorgo mandato y autorizo al Ministerio de Vivienda y Urbanismo y/o al SERVIU, para que verifiquen la veracidad de esta declaración y de los datos contenidos en la presente postulación, y requieran a los Ministerios, Servicios o Entidades Públicas, los antecedentes que considere necesarios.
7. Declaro estar inscrito en el Registro Nacional de Discapacidad.  (Marcar con X si presenta Discapacidad)

**FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL POSTULANTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_