

Dirección Programa Monitoreado

Protección integral a Situaciones de Vulneración AFAM-PE

Protección integral a Situaciones de Vulneración Asistencia a la Vejez

Protección integral a Situaciones de Vulneración Canasta de Servicio

Protección integral a Situaciones de Vulneración Tarjeta Uruguay Social

Protección integral a Situaciones de Vulneración Calle  
Protección integral a Situaciones de Vulneración Cuidados  
Protección integral a Situaciones de Vulneración Mujeres con NNA

Protección integral a Situaciones de Vulneración Cercanías

DINESIL Uruguay Trabaja  
DINESIL Uruguay Trabaja  
DINESIL Uruguay Trabaja  
DINESIL Uruguay Trabaja  
DINESIL Cooperativas Sociales  
DINESIL Cooperativas Sociales

Formulario	Pregunta sobre discapacidad (Si/No)
Formulario AFAM-PE	Si
Formulario AFAM-PE	Si
Formulario complemento AV	Si
Formulario AFAM-PE	Si
Formulario complemento Canasta	No
Formulario AFAM-PE	Si
Formulario Diagnóstico	Si
Formulario Diagnóstico	Si
Formulario Diagnóstico y Formulario Diagnóstico MNNA	Si
SURF - Formulario de Ingreso	Si
QFLOW - Formulario de Plan de Trabajo y Formulario de Seguimiento	Si
SURF - Formulario de Egreso	Si
SurF - Formulario de Inscripción	Si
SMART - Intervenciones	No
SurF - Formulario de Diagnóstico	Si
SurF - Q-Flow Formulario de Seguimiento de Metas	No
SMART - Intervenciones con Módulos propios del programa	No
SMART - Datos Horizontales	Si

Pregunta/s realizada

Módulo discapacidad. Indique el tipo de discapacidad: a)No ve o no oye bien a pesar de utilizar lentes o audífonos b)Tiene limitaciones para hablar c)Tiene limitaciones para caminar o para utilizar brazos o manos d)Tiene una deficiencia intelectual e)Tiene una enfermedad psiquiátrica / ¿Fue diagnosticada por algún profesional de la salud (médico, psicólogo, etc) por este tipo de deficiencia? Si/No

Módulo discapacidad. Indique el tipo de discapacidad: a)No ve o no oye bien a pesar de utilizar lentes o audífonos b)Tiene limitaciones para hablar c)Tiene limitaciones para caminar o para utilizar brazos o manos d)Tiene una deficiencia intelectual e)Tiene una enfermedad psiquiátrica / ¿Fue diagnosticada por algún profesional de la salud (médico, psicólogo, etc) por este tipo de deficiencia? Si/No

1- ¿Algún miembro de este hogar tiene alguna discapacidad o enfermedad grave que implique que Ud. deba ayudarlo/a para desempeñarse en la vida cotidiana? Si/No / 2- ¿Cuántas horas diarias le dedica habitualmente al cuidado de esta o estas personas (comer, asearse, vestirse, administrar medicinas, realizar ejercicios, llevarlo a consulta médica, llevarle de paseo)? \_\_\_\_ (horas)

Módulo discapacidad. Indique el tipo de discapacidad: a)No ve o no oye bien a pesar de utilizar lentes o audífonos b)Tiene limitaciones para hablar c)Tiene limitaciones para caminar o para utilizar brazos o manos d)Tiene una deficiencia intelectual e)Tiene una enfermedad psiquiátrica / ¿Fue diagnosticada por algún profesional de la salud (médico, psicólogo, etc) por este tipo de deficiencia? Si/No

Módulo discapacidad. Indique el tipo de discapacidad: a)No ve o no oye bien a pesar de utilizar lentes o audífonos b)Tiene limitaciones para hablar c)Tiene limitaciones para caminar o para utilizar brazos o manos d)Tiene una deficiencia intelectual e)Tiene una enfermedad psiquiátrica / ¿Fue diagnosticada por algún profesional de la salud (médico, psicólogo, etc) por este tipo de deficiencia? Si/No

Módulo discapacidad: **¿La persona tiene discapacidad en alguna de las siguientes áreas que le genera dificultades para la vida?**

Módulo discapacidad: **¿La persona tiene discapacidad en alguna de las siguientes áreas que le genera dificultades para la vida?**

Módulo discapacidad: **¿La persona tiene discapacidad en alguna de las siguientes áreas que le genera dificultades para la vida?**

En formulario de Ingreso se pregunta para cada integrante de la familia: **1) ¿Se identifica alguna discapacidad?** Si/No; **2) ¿Deficiencia diagnosticada por un profesional? (Fue diagnosticado por un profesional de la salud (médico, psicólogo, etc.) por la deficiencia)** Si/No/Ns-Nc; **3) ¿Qué tipo de discapacidad permanente presenta?** (pregunta abierta); **4) Tipo de discapacidad** Visual (tiene discapacidad para ver aún usando lentes) | Auditiva (tiene discapacidad para oír aún usando audífono) | Intelectual (tiene dificultades para aprender) | Físico-Motoras (tiene dificultades para usar brazos o manos) | Físico-Motoras (tiene dificultades para caminar o subir escalones) | Mental (tiene dificultades para relacionarse con otras personas) | Mixtas Múltiples (les provoca dificultad en su vida diaria) | Visceral (vascular, respiratoria, etc.). Le provoca dificultad en su vida diaria. | No aplica; **5) ¿Cobra pensión de BPS por discapacidad?** Sí cobra | No cobra porque está en trámite | Cobraba pero se la sacaron | Otros especificar | No cobra porque no se la dieron | No cobra porque no hizo los trámites | Ns/Nc; **6) ¿Necesita algún tipo de ayuda técnica?** Si | No | Ns/Nc; **7) ¿Cuál es el tipo de ayuda técnica?** Lentes | Audífono | Silla de ruedas | Bastón | Prótesis | Otras ayuda para la marcha | Otras especificar.

En formulario de Plan de Trabajo se consulta si se trabajará la meta "**Casos de discapacidad reciben tratamiento**" A trabajar en acuerdo con la familia | A trabajar sin acuerdo con la familia | No corresponde trabajar porque la meta ya está lograda por la familia | No corresponde trabajar porque no aplica el riesgo | No se prioriza trabajar. En el formulario de Seguimiento se pregunta por el logro de la meta "**Casos de discapacidad reciben tratamiento**" Logro Parcial | Lograda | No lograda .

En formulario de Egreso se pregunta para cada integrante de la familia: **1) ¿Se identifica alguna discapacidad?** Si/No; **2) ¿Deficiencia diagnosticada por un profesional? (Fue diagnosticado por un profesional de la salud (médico, psicólogo, etc.) por la deficiencia)** Si/No/Ns-Nc; **3) Tipo de discapacidad** Visual (tiene discapacidad para ver aún usando lentes) | Auditiva (tiene discapacidad para oír aún usando audífono) | Intelectual (tiene dificultades para aprender) | Físico-Motoras (tiene dificultades para usar brazos o manos) | Físico-Motoras (tiene dificultades para caminar o subir escalones) | Mental (tiene dificultades para relacionarse con otras personas) | Mixtas Múltiples (les provoca dificultad en su vida diaria) | Visceral (vascular, respiratoria, etc.). Le provoca dificultad en su vida diaria. | Ns/Nc; **4) ¿Cobra pensión de BPS por discapacidad?** Sí cobra | No cobra porque está en trámite | Cobraba pero se la sacaron | Otros especificar | No cobra porque no se la dieron | No cobra porque no hizo los trámites | Ns/Nc.

[SurF - UT - Formulario de Inscripción - Preguntas](#)

[SurF - UT - Formulario de Diagnóstico - Preguntas](#)

[SMART - Datos Horizontales - Preguntas](#)

## Observaciones

Los formularios están incluidos en el Proyecto de Alcance de la División Calle, no se están aplicando.  
Los formularios están incluidos en el Proyecto de Alcance de la División Calle, no se están aplicando.  
Los formularios están incluidos en el Proyecto de Alcance de la División Calle, no se están aplicando.

[Impacta en 'SMART - Datos Horizontales \(tipos de discapacidad\) y lo registra en la Bolsa de Discapacidad de la edi](#)  
Se registra en la Intervención (Bolsa) si se presentó al llamado de Inscripción por Cuota de Discapacidad del 4% d  
[Impacta en 'SMART - Datos Horizontales - Preguntas](#)

Se recomendó pero no se completa.

ición a la que se presentó la persona.  
el total de cupos.





