Son acciones concertadas con los hogares incluidos en el registro único de victimas por el hecho de desplazamiento forzado y que estén siendo acompañados en procesos de retorno, reubicación e integración local. Por medio de este documento el hogar manifiesta de manera libre, voluntaria e informada acceder a la entrega de la unidad de negocio.

**I. ¿QUÉ SON LOS ESQUEMAS ESPECIALES DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE DEL HOGAR.** | | | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL HOGAR |  | IDENTIFICACIÓN |  |
| NÚMERO DE TELÉFONO |  | CORREO ELECTRÓNICO |  |
| DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA |  | MUNICIPIO SOLICITUD |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. CONFORMACIÓN DEL HOGAR QUE SOLICITA EL ACOMPAÑAMIENTO** | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Primer Nombre** | **Segundo Nombre** | **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Tipo de**  **documento** | **No. de**  **documento de Identidad** | **Estado RUV** | **Parentesco** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| **II. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA** | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO |  | MUNICIPIO |  | BARRIO/LOCALIDAD/VEREDA/ CORREGIMIENTO |  | DIRECCIÓN |  |

|  |
| --- |
| **Resultado medición de SSV** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMER**  **NOMBRE** | **SEGUNDO**  **NOMBRE** | **PRIMER**  **APELLIDO** | **SEGUNDO**  **APELLIDO** | **TIPO**  **IDENTIFICACION** | **NUMERO**  **IDENTIFICACION** | **RUV** | **S** | **AP** | **E** | **A** | **V** | **RF** | **GI** | **FECHA**  **MEDICION** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

¿En el hogar hay mujeres en estado de embarazo? (marque con una X si por lo menos hay una mujer en estado de embarazo)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SI |  | NO |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Nombre** | **Segundo Nombre** | **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Tipo**  **Doc.** | **No. de documento**  **de Identidad** | **Parentesco** | **Estado embarazo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

¿En el hogar hay personas con enfermedades ruinosas, catastróficas, de alto costo o huérfanas? (marque con una X si por lo menos hay una persona que cumpla esta condición)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SI |  | NO |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Nombre** | **Segundo Nombre** | **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Tipo**  **Doc.** | **No. de documento**  **de Identidad** | **Parentesco** | **Enfermedad** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

¿Adjunta certificado médico? (marque con una X según corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SI |  | NO |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Nombre** | **Segundo Nombre** | **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Tipo**  **Doc.** | **No. de documento**  **de Identidad** | **Parentesco** | **Certificación**  **medica** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. MANIFIESTACIÓN DE VOLUNTARIEDAD** | | | | |
| **¿LA DECISIÓN DE PARTICIPAR EN LOS ESQUEMAS ESPECIALES DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR ES VOLUNTARIA Y CONCERTADA CON EL GRUPO FAMILIAR, TENIENDO EN CUENTA LA OPINIÓN DE MUJERES, ¿PERSONAS MAYORES Y NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES?**  **(marque una opción)** | **SI** |  | **NO** |  |
| En el caso de que la respuesta sea negativa, por favor indicar las razones (descripción cualitativa) | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. INFORMACIÓN FINAL** | | | |
| FECHA DE FIRMA |  | FIRMA DEL REPRESENTANTE |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V. DATOS DE QUIEN REALIZA LA ENTREVISTA** | | | |
| IDENTIFICACIÓN |  | NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA |  |
| DIRECCIÓN TERRITORIAL |  | CARGO |  |
| FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA |  | | |

**CONTROL DE CAMBIOS**

| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| --- | --- | --- |
| V1 | 22/12/2023 | Creación del documento. |