DOCUMENTO CONTROLADO

Expediente	
Titular del acto jurídico	(Nombres y Apellidos)
Persona de apoyo	(Nombre y Apellidos)
Fecha de Solicitud	

1. TIPO DE DISCAPACIDAD DEL TITULAR DEL ACTO

Marque con una "X" la opción que corresponda al tipo de discapacidad aplicable

Física		Auditiva		Visual		Mental o psicosocial	
Cognitiva		Múltiple		Sordoceguera		Otra	
¿Cuál?							

2. IDENTIFICACIÓN DE APOYOS ACTUALES

A- ¿Usted sabe en qué consiste un Acuerdo de Apoyo – Directivas Anticipadas?	
B-¿Usted considera que requiere suscribir un Acuerdo de apoyo y/o una Directivas Anticipadas?	
C-¿Qué clase de Apoyo y/o Directivas Anticipadas requiere?	
D-¿Usted con quien vive?	Parentesco: Cónyuge / Pareja / Padre / Madre/v Hijo / Hija/ Compañero de trabajo/ Amigo/ solo / otro ¿Cuál?

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho

E-¿Usted viene por voluntad propia?	(SI / NO)

F- ¿Anteriormente había realizado un Acuerdo de Apoyo o Directivas Anticipadas?
G- ¿Cuáles son las Directivas Anticipadas que requiere solicitar?
H- Nombre de la persona que desea designar como apoyo ¿por qué razón desea designarla como su apoyo?

DOCUMENTO CONTROLADO

COMPRENSIÓN DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD ACERCA DEL TRÁMITE DE ACUERDO DE APOYO

La realización de la entrevista privada se llevó a cabo de manera satisfactoria el (DIA) de (MES/AÑO) a las (00:00 AM/PM), en el Centro de Conciliación de la Universidad de La Guajira, ubicado en la calle 8 #10- 140, la persona titular del acto jurídico (PRESENTA/ NO PRESENTA) signos inequívocos de comprender el trámite de suscripción de Acuerdo de Apoyo y/o Directivas Anticipadas, así como la manifestación voluntaria de adelantar dicho trámite.

En caso contrario, exprese cuáles fueron sus razones:

DOCUMENTO CONTROLADO

_____
Nombre: XXXXXXXXXX
C.C N.º XXXXXXXXXX
Correo electrónico: XXXXXXXXXX
Conciliador(a)

Vo. Bo.

_____
Nombre: XXXXXXXXXX
C.C N.º XXXXXXXXXX
Asesor (a) o Coordinador (a) Centro de Conciliación

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho