|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN PARA LA POSTULACIÓN     GALA DE EXALTACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CUIDADORES, CUIDADORAS Y SUS FAMILIAS 2019** | | | | | | | | | | | |
| El formulario debe entregarse completo (no debe faltar ninguna hoja) y totalmente diligenciado en los campos obligatorios dado que con este documento el postulante acepta y se obliga plenamente a cumplir con las condiciones y requisitos establecidos en la cartilla y en las normas legales vigentes que le sean aplicables. No modifique los campos sugeridos en este formulario.  Antes de diligenciar este formulario debe revisar los requisitos y las condiciones de la convocatoria establecidas en la cartilla. Tenga en cuenta que todos los campos señalados son de obligatorio diligenciamiento. | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE LA CATEGORÍA A LA CUAL SE INSCRIBE** | | | | | | | | | | | |
| **1. Nombre del Galardón** |  | | | | | | | | | | |
| **2. Categoría** |  | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL POSTULADO** | | | | | | | | | | | |
| **3. Nombres y Apellidos** |  | | | | | | | | | | |
| **4. Nombre de la Organización (Si aplica)** |  | | | **Nit** | | |  | | | | |
| **5. Documento de identidad** | **C.C** |  | **Pasaporte** |  | **Número** | | | | |  | |
| **6. Localidad del Lugar de residencia** |  | | | | | | | | | | |
| **7. Dirección de Residencia** |  | | | | | | | | | | |
| **8.  Teléfono Fijo y /o Celular** |  | | | | | | | | | | |
| **9. Correo electrónico** |  | | | | | | | | | | |
| **REGISTRO DE EVIDENCIAS EN REDES SOCIALES** | | | | | | | | | | | |
| **10. Facebook (Si aplica)** |  | | | | | | | | | | |
| **11. Twitter (Si aplica)** |  | | | | | | | | | | |
| **12. Instagram (Si aplica)** |  | | | | | | | | | | |
| **13. Página web, vinculo blog (Si aplica)** |  | | | | | | | | | | |
| **14. Dirección URL del video y /o Nombre cómo se encuentra el video** |  | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN POSTULACIÓN**  ***Se debe dar respuesta a cada uno de los puntos*** | | | | | | | | | | | |
| **1.   Describa los logros alcanzados con la ejecución de la propuesta, los aportes realizados al proceso de inclusión, aportes realizados al mejoramiento de la calidad de vida a nivel local o distrital, describa las acciones realizadas, mencione las actividades desarrollas en la propuesta que han generado impacto social en los doce (12) años de implementación de la Política Pública de Discapacidad (Máximo 30 líneas)** | | | | | | | | | | | |
| **2. Describa de qué manera con la ejecución de la propuesta se han promovido los derechos de la población con discapacidad, cuidadoras, cuidadores y sus familias con respecto a las diferentes dimensiones de la Política Pública de Discapacidad en el Distrito Capital (Decreto 470 de 2007) en los doce (12) años de su implementación (Máximo 15 líneas)** | | | | | | | | | | | |
| **3.  Relate cuál ha sido la contribución de la ejecución de la propuesta a la transformación de imaginarios; de igual forma cual ha sido el aporte al fortalecimiento de los derechos de la población con discapacidad en los doce (12) años de implementación de la Política Pública de Discapacidad (Máximo 15 líneas)** | | | | | | | | | | | |
| **4. Enuncie cuál es tiempo que lleva la ejecución de las actividades en los proyectos que benefician a la población con discapacidad \* estas actividades deben contar con su respectivo soporte (fotos, plegables, reconocimientos, programas de mano, noticias, publicaciones en diarios o revistas, páginas web, blogs, entre otros. (físicos o usb, Cd). Se tendrán en cuenta certificaciones, publicaciones, videos, audios, informes, y demás documentación de conocimiento público)** | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA Y DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO** | | | | | | | | | | | |
| ***Con la firma del presente formulario doy constancia que conozco y acepto todas las disposiciones y condiciones que rigen en esta convocatoria, incluyendo las normas que regulan el tema de propiedad intelectual y derechos de autor; y que los datos consignados en este formulario y sus respectivos soportes anexos son veraces y auténticas.*** | | | | | | | | | | | |
| ***Autorizo al Sistema Distrital de Discapacidad a través de las entidades organizadoras: Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte,  Secretaría de Gobierno y Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal-IDPAC, utilizar o reproducir la información contenida en este documento, en el Sistema de Información Sectorial, Cultura, Recreación y Deporte, a través de diferentes medios, para los fines estrictos del concurso y para la elaboración de informes y reportes estadísticos, publicaciones impresas y digitales que pretendan recuperar, salvaguardar y difundir la memoria de las propuestas presentadas que se considere necesarias, de acuerdo a lo dispuesto en la ley 1581 de 2013.*** | | | | | | | | | | | |
| ***Adicionalmente, para efectos del tratamiento de los datos personales recolectados con anterioridad a la entrada en vigencia del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley 1581 de 2012; autorizo a la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, y/o Secretaría Distrital de Gobierno y al Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal-IDPAC, como responsable de los datos personales obtenidos a través del presente formulario para recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir lo relacionado con el tratamiento de los datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta Ley.*** | | | | | | | | | | | |
| ***En constancia de lo manifestado anteriormente, firmo, acepto y me comprometo plenamente a cumplir con los requisitos de esta convocatoria las cuales se encuentran establecidas en la cartilla y en las normas legales vigentes que le sean aplicables.*** | | | | | | | | | | | |
| **Se firma el** | **Día** | |  | | | **Mes** | |  | **Año** | |  |
| **Firma:** |  | | | | | | | | | | |