



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

Unidad de  
Protección Especial de Junín

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Huancayo, 25 de Junio del 2021

**OFICIO N° 3522 -2021 – MIMP – DGNNA – DPE - UPE - JUNIN**

Señor:

DR. FRANCISCO JUIER PARIONA ALIAGA  
PRESIDENTE DE LA JUNTA DE FISCALES DE JUNIN  
Presente. -

**ASUNTO: SOLICITO DIFUSION DE ASISTENCIA ECONOMICA**

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo a nombre de la Unidad de Protección Especial de Junín, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el motivo del presente es para hacer de su conocimiento que en el marco de lo dispuesto por el **artículo 8** del **D.U. N°020-2021** que aprobó el otorgamiento de una asistencia económica en favor de niñas, niños y adolescentes (NNA) cuyo padre, madre o ambos fallecieron a causa del COVID 19, durante la emergencia sanitaria, a través de la citada asistencia económica se busca contribuir con el desarrollo integral de los NNA, a través de la entrega mensual de S/.200.00, atendiendo de manera prioritaria a aquellos que se encuentren en situación de pobreza y extrema pobreza.

En ese sentido, solicito su apoyo con la **DIFUSIÓN** de la propaganda sobre la referida Asistencia Económica entre los usuarios/as de los servicios a cargo de su Despacho, debiendo colocar en un lugar visible que permita multiplicar y trascender su contenido, a fin de que las personas que deseen puedan remitir sus solicitudes al correo electrónico del INABIF [mesadepartes@inabif.gob.pe](mailto:mesadepartes@inabif.gob.pe), para lo cual se remite lo siguiente:

- ✓ Formatos de Solicitud y Declaraciones Juradas.
- ✓ 01 afiche grande tamaño A-3
- ✓ 20 afiches pequeños A-5

Asimismo para cualquier consulta hacerlo al 940247383, WhatsApp 951300285 y/o al correo electrónico [asistenciaeconomica@inabif.gob.pe](mailto:asistenciaeconomica@inabif.gob.pe)

Agradeciéndole anticipadamente por la atención que brindara al presente, hago propicia la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Atentamente,

HDC/anar  
c.c. archivo



Firmado digitalmente por DAMIAN  
CUELLAR Hubertino FAU  
20336951527 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 30.06.2021 11:03:58 -05:00

[www.mimp.gob.pe](http://www.mimp.gob.pe)

Jr. Aurelio Miroquesada N° 197-199,  
(esquina Av. Atalaya - Urb. Gonzales  
– El Tambo) Huancayo, Perú



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Viceministerio de Poblaciones Vulnerables

Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar INABIF

ANEXO Nº 01

FORMATO DE SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE ASISTENCIA ECONÓMICA

SEÑOR(A) DIRECTOR(A) EJECUTIVO(A) DEL PROGRAMA INTEGRAL NACIONAL PARA EL BIENESTAR FAMILIAR

I. FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD: ...../...../..... (Día/mes/año)

II. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos			
Domicilio	Calle/Jirón/Avenida Nº Dpto /int/Mz/Lt, bloque		(Urb.,AA.HH,P.J.Cooperativa)
	(Distrito)	(Provincia)	(Departamento)
	Referencia:		
	Teléfono	Celular	Fijo:
Documento de identidad:	( ) DNI		
	( ) C.E.		
Correo electrónico (opcional)	.....@..... Autorizo expresamente, la notificación al correo electrónico antes señalado de las comunicaciones y/ o actos que correspondan en el marco del presente procedimiento de asistencia económica; de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.		

III. DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

BENEFICIARIO/A Nº 1

Nombres y Apellidos			
Edad		Fecha de nacimiento	
DNI			

BENEFICIARIO/A Nº 2

Nombres y Apellidos			
Edad		Fecha de nacimiento	
DNI			

IV. DATOS DEL FALLECIDO/A

MADRE:

Nombres y Apellidos			
Edad		Fecha de nacimiento	
DNI			

**PADRE:**

Nombres y Apellidos			
Edad		Fecha de nacimiento	
DNI			

**V. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN (marque con una X, según corresponda):**

Documento	Si	No
Copia simple del Acta de Nacimiento		
Copia simple de Certificado Nacido vivo		
Copia simple de la resolución que declara la adopción		
Copia simple de Resolución Judicial (representante legal),		
Copia simple de Testamento (representante legal),		
Copia simple de Escritura Pública (representante legal),		
Copia simple de resolución administrativa o judicial de Acogimiento Familiar		
Declaración Jurada de inexistencia de los supuestos contemplados en el numeral 8.3 del artículo 8 del D.U. N° 020-2021 (Anexo N° 02)		

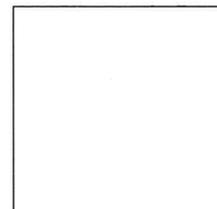
**VI. OTRAS DECLARACIONES**

- 6.1 Expreso mi consentimiento para que el INABIF en el marco de sus funciones, utilice los datos personales presentados, para el acceso a base de datos personales públicas o privadas, incluyendo datos sensibles para la verificación de los mismos.
- 6.2 De ser otorgada la asistencia económica me comprometo a utilizarla para los fines de alimentación, educación, salud física y mental u otros asociados al desarrollo integral del beneficiario (a) (s), al amparo de lo dispuesto en el numeral 8.2 del artículo 8 del Decreto de Urgencia N° 020-2021.
- 6.3 La presente solicitud tiene carácter de declaración jurada y señalo que la información consignada, así como la documentación adjunta es verdadera; en caso de resultar falsa, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal y del artículo 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS; autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre \_\_\_\_\_

D.N.I. o C.E. \_\_\_\_\_



(huella digital)

**Importante:**

- Llenar el formato con letra imprenta, sin borrones ni enmendaduras.
- Foliar la documentación adjunta (en números), de manera ascendente (de atrás hacia adelante)

**ANEXO N° 02**  
**DECLARACIÓN JURADA DE INEXISTENCIA DE LOS SUPUESTOS CONTEMPLADOS EN EL NUMERAL 8.3**  
**DEL ARTÍCULO 8 DEL DECRETO DE URGENCIA N° 020-2021**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con Documento Nacional de Identidad o Carné de Extranjería N° \_\_\_\_\_ y con domicilio real en \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_ y departamento de \_\_\_\_\_,

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS/LAS NIÑOS/NIÑAS Y/O ADOLESCENTES QUE SE DETALLAN:**

NOMBRES Y APELLIDOS	

**1. NO PERCIBE/N PENSIÓN O SUBVENCIÓN PÚBLICA QUE TENGA COMO CAUSA EL FALLECIMIENTO DE SU PADRE O MADRE O AMBOS:**

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE		DNI:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE		DNI:

**2. NO SE ENCUENTRA/N EN ALGÚN CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL (CAR) PÚBLICO O PRIVADO**

**3. NO SE PERCIBE/N PENSIÓN POR EL PROGRAMA CONTIGO DEL MIDIS, O CUALQUIER OTRA PENSIÓN O SUBSIDIO OTORGADO POR EL ESTADO.**

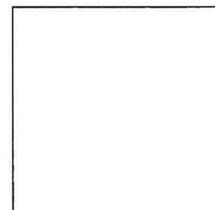
Suscribo el presente documento señalando que la información consignada es verdadera; en caso de resultar falsa, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal y del artículo 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS. Asimismo, autorizo a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada.

En señal de conformidad, firmo la presente a los .....días del mes de .....de .....

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre \_\_\_\_\_

D.N.I. o C.E. \_\_\_\_\_



(huella digital)