|  |  |
| --- | --- |
| **Materia del Protocolo** | (escribir) |
| **Firmado entre** | (escribir nombre de la unidad a) |
| **y** | (escribir nombre de la unidad b) |

*(si desea puede agregar un texto introductorio)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ámbitos del Protocolo de Atención** | **Acuerdos / Compromisos (escribir o poner una X)** |
| **Criterios o requisitos de elegibilidad** de los(as) usuarios(as) que serán derivados para acceder al beneficio o servicio. | 1.  2.  3.  4.  5. |
| **Número de casos que es posible atender** en un determinado período de tiempo. *Establecer la cantidad por semana o mes.* | (escribir p.e. *La Unidad XX puede atender hasta XX personas por semana*) |
| **Mecanismo específico de referencia** de los casos al beneficio o servicio. | ( ) Formularios  ( ) Sistema Informático  ( ) Otro: |
| **Procedimientos que utilizará el actor prestador de beneficios o servicios para aceptar o rechazar** el usuario o la usuaria que le es derivado(a). | ( ) Aceptación inmediata si cumple requisitos  ( ) Se atiende por orden de llegada  ( ) Se atiende con mecanismo de acceso preferente  ( ) El acceso está condicionado a una nueva evaluación del caso  ( ) Otro: |
| **Tiempo de respuesta al usuario(a)** derivado respecto de su acceso efectivo o no al beneficio o servicio al que es derivado. *Indicar en número de días.* | (escribir) |
| **Tiempo y procedimiento de respuesta al funcionario que realizó la derivación** del usuario, informando de la aceptación o no de la derivación y las razones de rechazo en caso que esa haya sido la resolución. *Indicar en número de días.* | (escribir) |
| **Características principales del beneficio o servicio** que será entregado al usuario que ha sido aceptado luego de la referencia del servicio prestado o beneficio asignado. | (escribir) |
| **Procedimiento de información y periodicidad que se utilizará para reportar**a la GSL (Municipalidad) acerca de las referencias recibidas, procesadas, aceptadas y rechazadas. | (escribir cuando corresponda) |
| **Mecanismo o herramienta de evaluación** del desempeño del protocolo de atención acordado. | (escribir) |
| **Vigencia del protocolo.** *Expresar fecha específica de vencimiento, y mecanismo para actualizarlo o renovarlo.* | (escribir) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre(s), cargo(s) y firma(s) de quién(es) redactó(aron) este Protocolo** | (nombre) | (cargo) | (firma) |
| (nombre) | (cargo) | (firma) |
| **Nombre, cargo y firma de quién autorizó este Protocolo** | (nombre) | (cargo) | (firma) |
| **Fecha de Firma** | (escribir) | | |

**Clasificación (beneficio o servicios)**