Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado/a en la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

1. El/la profesional de la Unidad para las Víctimas me informó que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respeten mi voluntad y preferencias, y a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para el proceso de toma de decisiones.
2. Me informó también que existe un procedimiento que protege mis derechos y respeta mis decisiones sobre lo que yo quiero hacer con los recursos de indemnización, de acuerdo con mi proyecto de vida. Este procedimiento se llama Toma de Decisiones con Apoyo.
3. Me informó que para realizar este procedimiento me harían varias preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades cotidianas, con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para mi comunicación o interrelación con otras personas.
4. Me informó que las preguntas se llevarán a cabo entre él/ella y yo, y que puedo solicitar apoyo de otra/s persona/s para responder, en caso de considerarlo necesario. También que puedo descansar en el momento que lo requiera, que no hay respuestas buenas ni malas, por lo cual puedo contestar con total honestidad, que no tengo que contestar si no lo deseo, y que si, en algún momento las preguntas producen un cambio en mi estado de ánimo, se suspenderá la aplicación hasta tanto yo decida retomarla.
5. Me informó que la información que yo le suministre sólo será utilizada por la Unidad para las Víctimas, y que a la misma no tendrá acceso ninguna persona que yo no quiera.
6. Me informó que con este procedimiento podría tomar decisiones frente a la indemnización que se me va a entregar; y que con las decisiones que yo tome se va a formular un Plan de Inversión, al cual se le hará seguimiento para que se respeten mi voluntad y preferencias.
7. Me informó que existen alternativas a la aplicación del procedimiento de Toma de Decisiones con Apoyo, tales como iniciar un proceso judicial para obtener la interdicción de mis derechos.

**He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso de valoración descrito en este documento.** *Expresión de la voluntad del participante (según la forma de comunicación convencional o no convencional utilizada frecuentemente)*

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella:

Este consentimiento informado para la valoración de apoyos en la toma de decisiones para personas con discapacidad mental-psicosocial, intelectual o múltiple fue firmado ante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional al servicio de la Unidad para las Víctimas quien implementa el Instrumento de Valoración de Apoyos.

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella:

**CONTROL DE CAMBIOS:**

| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| --- | --- | --- |
| V1 | 14/09/2017 | Creación del Formato. |
| V2 | 13/08/2019 | * Cambio en el nombre del formato de: Consentimiento Informado Proceso de Valoración de Apoyos Para la Toma de Decisiones Para Personas con Discapacidad Intelectual, Mental/Psicosocial O Múltiple a FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VALORACIÓN DE APOYOS DE LA VÍCTIMA CON DISCAPACIDAD. * Se realizan ajustes en el cuerpo del formato y se incluye la solicitud de firma y huella. * El formato pasa de estar asociado al PROCEDIMIENTO: DE DOCUMENTACIÓN PARA EL ACCESO A LA MEDIDA DE INDEMNIZACIÓN ADMINISTRATIVA y es asociado al PROCEDIMIENTO TOMA DE DECISIONES CON APOYO que se crea específicamente para esta tarea. |