

**CONSEJO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
-CONAPDIS-**

**CATÁLOGO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE APOYO PARA PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS, DISPONIBLES EN COSTA RICA.**

---

**Ficha Técnica**

**SERVICIOS DE APOYO PARA PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS**

**1. Datos de la persona que aplica la ficha técnica:**

- Nombre de la persona que llena la ficha técnica:
- Profesión u ocupación:
- Correo electrónico:
- Fecha de llenado:

**2. Fuentes de Información:** Cite las fuentes de información utilizadas para el llenado de la ficha técnica de la entidad.

**3. Nombre del ente que brinda el servicio de apoyo (institución, municipalidad, empresa u organización no gubernamental):**

**4. Descripción del ente:**

- Fines:
- Misión:
- Visión:
- Objetivos:

**5. Señale el tipo de oferente del servicio de apoyo:**

- Es Institución Pública: (    )
- Municipalidad (    )
- Es Empresa Privada: (    )
- Es Organización no Gubernamental: (    )

**6. Nombre del servicio de apoyo:** Indique el nombre completo del servicio de apoyo que se brinda

**7. Localización del servicio de apoyo:** Indique los siguientes datos del lugar donde se ubica el servicio de apoyo que se brinda.

- Provincia:
- Cantón:
- Distrito:
- Dirección exacta:
- Teléfono (s):
- Fax:
- Dirección de correo electrónico:
- Web del servicio:
- Redes sociales:
- Dirección waze:
- Ubicación (citar dentro de qué entidad está ubicado el servicio):

**8. Clasificación del servicio por Sector:** Según la Clasificación del Sector Público Costarricense, establecido por MIDEPLAN:

- Social y de Lucha contra la Pobreza: ( )
- Ambiente, Energía y Telecomunicaciones: ( )
- Coordinación Gubernamental: ( )
- Salud: ( )
- Financiero: ( )
- Educativo: ( )
- Productivo: ( )
- Política Monetaria y Supervisión Financiera: ( )
- Infraestructura y Transporte: ( )
- Seguridad Ciudadana y Prevención del Delito: ( )
- Municipal: ( )
- Trabajo y Seguridad Social: ( )
- Turismo: ( )
- Cultural: ( )
- Política Exterior: ( )
- Comercio Exterior: ( )
- Tecnología: ( )

**9. Costo:** Indique si es un servicio público, privado y el costo del mismo en términos de tiempo / costo.

- Servicio público ( ) Servicio privado ( )
- Costo del servicio: \_\_\_\_\_
- Tiempo/costo: \_\_\_\_\_

**10. Descripción del servicio:**

- Fines:
- Objetivos:
- Apoyos específicos que brinda:
- Tipo de apoyos: Individuales: ( ) grupales: ( )
- Disponibilidad: Horario (días por semana que está disponible).

- Otra información de interés (describa si son actividades, programas o proyectos u otros).

**11. Información sobre la persona encargada y/o el equipo de trabajo que brinda el servicio de apoyo** (refiérase a ocupación del personal responsable, formación académica, experiencia reconocida, destrezas adicionales y otros de interés):

**12. Cobertura del servicio de apoyo:**

- Nacional: (    )
- Provincias (si no es cobertura nacional), describir las provincias:
- Cantones (describir qué cantones cubre el servicio de apoyo):
- Se brinda de manera telefónica: Si (    ) No (    )
- Se brinda de manera presencial: Si (    ) No (    )
- Se brinda de forma virtual: Si (    ) No (    )

**13. Condiciones para acceder al servicio:** Especifique los requisitos que se requieren para acceder al servicio.

**14. Perfil de la persona usuaria:** Detalle las principales características de las personas usuarias a las cuales se dirige el servicio.

- Género: Hombre (    ) Mujer (    )
- Grupo etario (edad): de \_\_\_\_\_
- Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_
- Otra: \_\_\_\_\_

**15. Horario del servicio:** Indique los días de la semana en el que el servicio se encuentra disponible. Verificar si al momento del cierre del servicio, existen otras formas de atención (página web, redes sociales, correo electrónico, servicio al cliente 24/7, entre otros).

- Horario del servicio:
- ¿Tienen otras formas de brindar el servicio, fuera del horario?

Si ( ) No ( )

- En caso de brindar el servicio fuera de horario, describa ¿cuáles son esas formas de atención?:

página web ( ) redes sociales ( )

correo electrónico ( ) servicio al cliente 24/7 ( )

Otros: ( ) ¿cómo?:

**16. Frecuencia de atención** (indicar con qué frecuencia la misma persona usuaria puede ser apoyada de forma regular por el servicio):

diario: ( ) semanal: ( ) quincenal: ( )

**17. Accesibilidad:** Mencione si el servicio de atención reúne condiciones de accesibilidad según la normativa vigente.

**18. Observaciones:** Indique aquí información que considere importante, detalle características del servicio que no queden reflejadas en los ítems anteriores.

**Para uso interno (BVA Consultores):**