

**ENCUESTA**  
**REVISIÓN RCA SEGÚN ART. 25 QUINQUIES**  
**“CONCESIÓN EMBALSE CONVENTO VIEJO II ETAPA”**

FECHA .....

**1. INDIVIDUALIZACIÓN DEL LOTE O TERRENO**

Nombre del encuestado:					
Propietario del Inmueble:					
Dirección:					
Cedula de Identidad Propietario:				Fono:	
Lote N° .....	Rol S.I.I. ....	Superficie lote m <sup>2</sup> .....	Sup. Vivienda m <sup>2</sup> .....		
Aguas servidas .....		Materialidad de la vivienda .....			
N° Habitaciones .....	Agua potable APR?	Si	No	Otro.....	
Condición de Ocupación:					
Ocupante <input type="checkbox"/>		Arrendatario <input type="checkbox"/>		Allegado <input type="checkbox"/>	
				Otro <input type="checkbox"/>	
Uso de la edificación:					
Habitacional <input type="checkbox"/>		Comercial <input type="checkbox"/>		Mixta <input type="checkbox"/>	
				Otro <input type="checkbox"/>	

**CROQUIS UBICACIÓN TERRENO / EDIFICACION**

**2. NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR:** .....

Cedula de Identidad N°: ..... Edad ..... Sexo: M F  
 Estado Civil ..... Otro lugar de residencia: .....  
 Escolaridad ..... Ocupación / Actividad: .....  
 Vive en la propiedad: Sí No Tiempo de residencia: .....  
 Teléfono: ..... Móvil: .....

**3. NOMBRE DE CONYUGE / PAREJA:** .....

C.I: ..... Edad .....

Escolaridad..... Ocupación / Actividad: .....

Vive en la propiedad:        Sí        No        Tiempo de residencia: .....

**4. GRUPO FAMILIAR**

Nº	Nombre	Edad	C.I.	Parentesco Jefe de Hogar	Observaciones

**5. INGRESOS GRUPO FAMILIAR:** \$ .....

Ficha Pr. Social:        Sí        No

**6. USO ACTUAL DE LA PROPIEDAD**

Vivienda  Comercial  Tipo de comercio .....

Otros usos, ¿cuáles? .....

**7. OTROS TERRENOS / PROPIEDAD:**    Sí    No        Donde:.....

**8. OTROS ANTECEDENTES:**

Subsidio Habitacional?    Sí    No        Otros Subsidios?        Sí    No

Posee beneficio INDAP?    Sí    No        .....

Fue beneficiario PMS?    Sí    No        Fue expropiado en Etapa II?        Sí    No

Vivienda afectada por plaga de polilla de la madera?        Sí    No

Posee electrificación pública?    Sí    No

**9. AFECTACIÓN**

Sanitario  Humedad paredes  Huerta  Frutales  Salud

Otros (especificar): .....

.....

10. **Observaciones:**.....  
.....  
.....  
.....

Firma Jefe Hogar

Firma Cónyuge / Pareja

Firma UMAT

Firma Municipalidad Chimbarongo

Firma Representante Comunidad

Firma Inspector Fiscal