

SOLICITUD

ADMISIÓN EN PROGRAMA DE:

ESTANCIA DIURNA **RESPIRO FAMILIAR** (Solicitar sólo uno de los dos Programas)

Orden de (BOJA nº de fecha) **PROVINCIA:**

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE
1 ^{er} . APELLIDO: 2 ^{do} . APELLIDO: NOMBRE:	
D.N.I./N.I.F.: FECHA DE NACIMIENTO: SEXO:	
DOMICILIO:	
MUNICIPIO: PROVINCIA: C. P.: TELÉFONO/S:	
PERSONA CON DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ en su caso GRADO DE MINUSVALÍA: PROVINCIA DONDE SE OBTUVO:	
¿ES USUARIO/A DEL PROGRAMA DE ESTANCIA DIURNA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (Cumplimentar sólo si ha solicitado el Programa Respiro Familiar)	

2	DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL
1 ^{er} . APELLIDO: 2 ^{do} . APELLIDO: NOMBRE:	
D.N.I./N.I.F.: RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE:	
DOMICILIO:	
MUNICIPIO: PROVINCIA: C. P.: TELÉFONO/S:	

3	CENTRO SOLICITADO

4	MOTIVOS DE LA SOLICITUD

5	DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (U. F.)
5.1 Datos Económicos	
Nº MIEMBROS U. F.: TOTAL INGRESOS BRUTOS DEL ÚLTIMO AÑO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA U. F.: €	
5.1.1 Ingresos económicos del/de la solicitante (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe: tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año, etc.)	
5.1.2 Ingresos económicos de los miembros de la unidad familiar (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe cada uno de los miembros de la unidad familiar, indicando apellidos y nombre: tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año, etc.)	
= ó < 1 S.M.I.	
> 1 ó < 2 S.M.I.	
Otros	
5.2 Otros Datos	
5.2.1 ¿Trabaja el/la ciudador/a principal?	
5.2.2 Estado de salud y edad del/de la ciudador/a principal	
5.2.3 Relación de parentesco del/de la solicitante con el/la cuidador/a principal	
5.2.4 Otros miembros de la unidad familiar en situación de dependencia	
5.2.5 Otras circunstancias	

000790/1

SR/A. DIRECTOR/A DEL CENTRO

NOTA: Los espacios con fondo gris están reservados para la Administración.

6	DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
<input type="checkbox"/> a) Tarjeta Andalucía-Junta Sesentaycinco. En el supuesto de personas menores de sesenta y cinco, D.N.I./N.I.F. del/de la solicitante. <input type="checkbox"/> b) D.N.I./N.I.F. del/de la representante legal, en su caso. <input type="checkbox"/> c) Certificado de empadronamiento de la Unidad familiar. <input type="checkbox"/> d) Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas de todos los miembros de la Unidad Familiar, referida al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de la solicitud. En caso de quienes no estuvieran obligados a presentarla, Certificado de retenciones de rendimientos percibidos, o, en su defecto, declaración responsable de ingresos. <input type="checkbox"/> e) En caso de menores de sesenta y cinco, acreditar la situación de dependencia. Presentar alguno de los siguientes documentos: <input type="checkbox"/> Resolución del reconocimiento del grado de minusvalía. <input type="checkbox"/> Justificante de percepción de pensión de Gran Invalidez. <input type="checkbox"/> Justificante de percepción del complemento del 50% en pensiones no contributivas por invalidez. <input type="checkbox"/> Justificante de percepción del subsidio por Ayuda de tercera persona derivado de la LISMI. <input type="checkbox"/> f) Informe médico anexo a la solicitud.	

7	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se adjunta. La falsedad de los datos declarados o de la documentación aportada para la acreditación de las circunstancias determinantes de los criterios de valoración conllevará la exclusión de la solicitud o del programa, sin perjuicio de la exigencia de las responsabilidades de otro orden en que se hubiera podido incurrir, y SOLICITO lo interesado.</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">EL / LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>	

8	AUTORIZACIÓN																
<p>1.- AUTORIZO la comunicación de datos de carácter personal a otros Órganos, Administraciones Públicas o Entidades Colaboradoras, para el ejercicio de competencias que versen sobre materias propias o distintas a las a que se refiere la presente solicitud.</p> <p>2.- AUTORIZO el suministro de datos de carácter tributario a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social o Entidades Colaboradoras, a los efectos de comprobación de los datos y/o requisitos que resulten exigibles al amparo de la Orden por la que se regula el acceso y funcionamiento de los Programas de Estancias Diurnas y Respiro Familiar.</p>																	
Solicitante	Firma																
<p>.....</p> <p>Miembros Unidad Familiar:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Apellidos y Nombre</th> <th style="width: 20%;">D.N.I./N.I.F.</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 40%;">Parentesco</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Apellidos y Nombre	D.N.I./N.I.F.	Edad	Parentesco
Apellidos y Nombre	D.N.I./N.I.F.	Edad	Parentesco														
.....														
.....														
.....														

000790/1

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el ingreso en Centro de atención a personas mayores o personas con discapacidad.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que tramitó la solicitud.</p>
--

INFORME MÉDICO ANEXO A LA SOLICITUD

(A cumplimentar por el/la médico/a de Atención Primaria o Especializada que atiende a el/la solicitante)

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE
1 ^{er} . APELLIDO: 2 ^o . APELLIDO: NOMBRE:	
D.N.I./N.I.F.:	

2	VALORACIÓN MÉDICA
----------	--------------------------

2.1.- ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

	Aútonomo	Con ayuda	Dependiente	
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vestirse/desvestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ningún problema	Algún accidente	Incontinente	
Control Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Control Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aútonomo	Con ayuda	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Encamado	
	Aútonomo	Con ayuda	No puede	
Subir/bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aútonomo	Con ayuda	Dependiente	
Transferencia silla-cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.2.- FUNCIONES SUPERIORES; ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL

2.2.1 Orientación
 Orientado Ocasionalmente Desorientado Totalmente Desorientado

2.2.2 Comunicación y Lenguaje (no relacionado con alteraciones de la audición)
 Comunicación espontánea Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje Afasia Total

2.2.3 Comportamiento Psíquico
 No presenta problemas de comportamiento Trastornos del comportamiento sin riesgo (leves - moderados)
 Trastornos del comportamiento con riesgo (para sí mismo o los demás) o diagnóstico de DEMENCIA

2.3.- OTRAS MINUSVALÍAS NO RELACIONADAS CON LAS ANTERIORES (sensoriales, físicas, etc.)

.....

.....

2.4.- CUIDADOS ESPECIALES QUE PRECISA

(Indicar si precisa sonda, insulino terapia, oxigenoterapia, ayuda para colocación de prótesis, etc.)

.....

.....

2.5.- DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

.....

.....

2.6.- OBSERVACIONES

.....

.....

En a de de
 EL / LA PROFESIONAL

Fdo.: (Nombre y dos apellidos)

Nº de colegiado/a (en su caso):

NOTA: Los espacios con fondo gris están reservados para la Administración.

000790/1