

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	

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 mayores de dieciséis años y 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 mayores de dieciséis años y 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>	
En a de de EL / LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL	
Fdo.:	

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 de Asuntos Sociales 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 Respirio Familiar.</p>	
Solicitante	Firma
.....	
Miembros Unidad Familiar:	
Apellidos y Nombre	D.N.I./N.I.F.
Edad	Parentesco
.....	
.....	
.....	

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Asuntos Sociales 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. 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 Asuntos Sociales que tramitó la solicitud.

000790

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 ^{do} . APELLIDO: NOMBRE:																																																																											
D.N.I./N.I.F.:																																																																												
2 VALORACIÓN MÉDICA																																																																												
2.1.- ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA																																																																												
	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Aútonomo</th> <th>Con ayuda</th> <th>Dependiente</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Comer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vestirse/desvestirse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Baño</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uso del WC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Higiene personal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ningún problema</td> <td>Algún accidente</td> <td>Incontinente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control Anal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control Vesical</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Aútonomo</td> <td>Con ayuda</td> <td><input type="checkbox"/> Silla de ruedas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Caminar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Encamado</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Aútonomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>No puede</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Subir/bajar escaleras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Aútonomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>Dependiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transferencia silla-cama</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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"/>	
	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																																																																												
<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Ocasionalmente Desorientado <input type="checkbox"/> Totalmente Desorientado																																																																												
2.2.2 Comunicación y Lenguaje (no relacionado con alteraciones de la audición)																																																																												
<input type="checkbox"/> Comunicación espontánea <input type="checkbox"/> Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje <input type="checkbox"/> Afasia Total																																																																												
2.2.3 Comportamiento Psíquico																																																																												
<input type="checkbox"/> No presenta problemas de comportamiento <input type="checkbox"/> Trastornos del comportamiento sin riesgo (leves - moderados)																																																																												
<input type="checkbox"/> 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):																																																																												

000790

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