

**SOLICITUD**

**ADMISIÓN EN PROGRAMA DE:**

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

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

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>
1 <sup>er</sup> . APELLIDO: ..... 2 <sup>do</sup> . 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)	

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

<b>3</b>	<b>CENTRO SOLICITADO</b>

<b>4</b>	<b>MOTIVOS DE LA SOLICITUD</b>

<b>5</b>	<b>DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (U. F.)</b>						
<b>5.1 Datos Económicos</b>							
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.)							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">= ó &lt; 1 S.M.I.</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">&gt; 1 ó &lt; 2 S.M.I.</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Otros</td> <td> </td> </tr> </table>		= ó < 1 S.M.I.		> 1 ó < 2 S.M.I.		Otros	
= ó < 1 S.M.I.							
> 1 ó < 2 S.M.I.							
Otros							
<b>5.2 Otros Datos</b>							
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.

<b>6</b>	<b>DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)</b>
<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.	

<b>7</b>	<b>SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p><b>DECLARO</b> 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 <b>SOLICITO</b> 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>	

<b>8</b>	<b>AUTORIZACIÓN</b>																
<p><b>1.- AUTORIZO</b> 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><b>2.- AUTORIZO</b> 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>																	
<b>Solicitante</b>	<b>Firma</b>																
<p>.....</p> <p><b>Miembros Unidad Familiar:</b></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														
.....	.....	.....	.....														
.....	.....	.....	.....														
.....	.....	.....	.....														

<b>PROTECCIÓN DE DATOS</b>
<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>

000790/1

**INFORME MÉDICO ANEXO A LA SOLICITUD**

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

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>
1 <sup>er</sup> . APELLIDO: ..... 2 <sup>o</sup> . APELLIDO: ..... NOMBRE: .....	
D.N.I./N.I.F.: .....	

<b>2</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA</b>
----------	--------------------------

**2.1.- ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

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