

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"/> SI 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"/> SI (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.)							
<table border="1"> <tr> <td>= ó < 1 S.M.I.</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>> 1 ó < 2 S.M.I.</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>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							
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



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)

- 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.
- b) D.N.I./N.I.F. del/de la representante legal, en su caso.
- c) Certificado de empadronamiento de la Unidad familiar.
- 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.
- 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:
 - Resolución del reconocimiento del grado de minusvalía.
 - Justificante de percepción de pensión de Gran Invalidez.
 - Justificante de percepción del complemento del 50% en pensiones no contributivas por invalidez.
 - Justificante de percepción del subsidio por Ayuda de tercera persona derivado de la LISMI.
- f) Informe médico anexo a la solicitud.

7 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

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.

En a de de
EL / LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

8 AUTORIZACIÓN

- 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.
- 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 Respiro Familiar.

Solicitante

Firma

Miembros Unidad Familiar:

Apellidos y Nombre D.N.I./N.I.F. Edad Parentesco

.....

.....

.....

.....

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

	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		
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	
			<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

