



SOLICITUD DE ADMISIÓN EN PROGRAMA DE:

ESTANCIA DIURNA **RESPIRO FAMILIAR** *(Solicitar solo uno de los dos programas)*

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

1. DATOS DEL/DE LA PERSONA SOLICITANTE

1 ^{er} APELLIDO:		2 ^o APELLIDO:		NOMBRE:	
D.N.I./N.I.F.:		FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:	
DOMICILIO:					
MUNICIPIO:		PROVINCIA:		CÓDIGO POSTAL:	
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 ^o APELLIDO:		NOMBRE:	
D.N.I./N.I.F.:		RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE:			
DOMICILIO:					
MUNICIPIO:		PROVINCIA:		CÓDIGO POSTAL:	
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 pensiones o ingresos económicos que percibe la persona solicitante: tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año, etc.)

5.1.2. Ingresos económicos de los miembros de la unidad familiar

(Indicar 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 cuidador/a principal?

5.2.2. Estado de salud y edad del/de la cuidador/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)

- 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.
- b) DNI/NIF 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 periodo 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 menores de sesenta y cinco, acreditar la situación de dependencia. Presentar alguno de los siguientes documentos:
 - Resolución del reconocimiento del grado de discapacidad.
 - 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 PERSONA 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 que se refiere la presente solicitud.
2. **AUTORIZO** el suministro de datos de carácter tributario a la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación 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 DE LA UNIDAD FAMILIAR:				
APELLIDOS Y NOMBRE	D.N.I./N.I.F.	EDAD	PARENTESCO	FIRMA

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos de lo siguiente:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, cuya dirección es Calle Seda, nave 5. Polígono Industrial Hytasa, 41006 – Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo electrónico dpd.assda@juntadeandalucia.es.
- c) Los datos personales que nos indica se incorporarán a la actividad de tratamiento “ASSDA. Reconocimiento y gestión de la situación de dependencia”, con la finalidad exclusiva de tramitar el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y gestión de las prestaciones derivadas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la personas en situación de dependencia. La licitud de dicho tratamiento se basa en el artículo 6.1 a) del Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales (RGPD): el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos; en el artículo 6.1 e) del RGPD: el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. También en los artículos 9.2.g) y h) del citado RGPD.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión (derecho al olvido), portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- e) Los datos facilitados en el presente formulario podrán ser cedidos o comunicados exclusivamente para actuaciones relacionadas con la finalidad antes indicada, a los siguientes destinatarios: servicios sociales comunitarios, Servicio Andaluz de Salud, Inspección de Servicios Sociales, IMSERSO y entidades y organismos de otras comunidades Autónomas con competencias en materia de dependencia. En caso de requerimiento: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado/Autoridades Judiciales. La información adicional detallada sobre esta actividad de tratamiento de datos se encuentra en el enlace siguiente: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/235726.html>



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 DE LA PERSONA 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				
	Autónomo	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 de 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"/>	
	Autónomo	Con ayuda	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Encamado	
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Subir /bajar escaleras	Autónomo	Con ayuda	No puede	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trasferencia silla-cama	Autónomo	Con ayuda	Dependiente	
	<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 la 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.