

## 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 <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"/> 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 <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: .....

3 CENTRO SOLICITADO	

4 MOTIVOS DE LA SOLICITUD	

5 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (U. F.)							
<b>5.1 Datos Económicos</b>							
Nº MIEMBROS U. F.: .....	TOTAL INGRESOS BRUTOS DEL ÚLTIMO AÑO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA U. F.: ..... €						
<b>5.1.1 Ingresos económicos del/de la solicitante</b> (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe: tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año, etc.)							
<b>5.1.2 Ingresos económicos de los miembros de la unidad familiar</b> (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 &lt; 1 S.M.I.</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>&gt; 1 ó &lt; 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							
<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



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)

<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.: .....	

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

**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

