

INGRESO EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CENTRO RESIDENCIAL  CENTRO DE DÍA PROVINCIA .....

Orden de ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha ..... )

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>
1º APELLIDO .....	2º APELLIDO ..... NOMBRE .....
DNI/NIF .....	FECHA NACIMIENTO ..... SEXO .....
DOMICILIO .....	
MUNICIPIO .....	PROVINCIA ..... CP .....
TELÉFONO/S .....	GRADO DE MINUSVALÍA ..... PROVINCIA EN QUE SE RECONOCIÓ .....

<b>2</b>	<b>DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO</b>
1º APELLIDO .....	2º APELLIDO ..... NOMBRE .....
DNI/NIF .....	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE .....
DOMICILIO .....	
MUNICIPIO .....	PROVINCIA ..... CP .....
TELÉFONO/S .....	

<b>3</b>	<b>CENTRO/S SOLICITADO/S (En caso de ser más de uno, relacionar en orden de preferencia)</b>

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

<b>5</b>	<b>DATOS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA (UC)</b>						
<b>5.1 INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA INCLUIDO EL/LA SOLICITANTE</b> (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe cada uno de los miembros de la unidad de convivencia, indicando nombre y apellidos, tipo, cuantía mensual, nº pagas extraordinarias al año).							
Nº MIEMBROS UC .....	INGRESOS BRUTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UC EN EL ÚLTIMO AÑO ..... €						
	(1)						
	<table border="1"> <tr> <td>= ó &lt; 1 SMI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>&gt; 1 ó &lt; 2 SMI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> </tr> </table>	= ó < 1 SMI		> 1 ó < 2 SMI		Otros	
= ó < 1 SMI							
> 1 ó < 2 SMI							
Otros							
<b>5.2 OTROS DATOS (DEBERÁN SER JUSTIFICADOS DOCUMENTALMENTE). Señalar con "X" lo que proceda</b>							
5.2.1 <input type="checkbox"/> Situación legal de desamparo.	(1)						
5.2.2 <input type="checkbox"/> Huérfano absoluto.							
5.2.3 <input type="checkbox"/> Familia monoparental, huérfano de padre/madre, padres separados o abandono de uno de ellos.							
5.2.4 <input type="checkbox"/> Desempleo de la persona cuidadora principal. En este caso aportar tarjeta de demanda de empleo.							
5.2.5 <input type="checkbox"/> Estado de salud y edad del/la cuidador/a principal: .....							
5.2.6 <input type="checkbox"/> Relación de parentesco del solicitante con el cuidador/a principal: .....							
5.2.7 <input type="checkbox"/> Nº miembros de la UC mayores de 70 años o en situación de dependencia .....							
5.2.8 <input type="checkbox"/> Infravivienda o carencia de vivienda							
5.2.9 <input type="checkbox"/> No estar inscrito en Centro Docente (sólo si solicita Centro de Día)							
5.2.10 <input type="checkbox"/> Otras circunstancias: .....							
(1) A cumplimentar por la Administración.							

EJEMPLAR PARA LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

000972

ILMO/A SR/A DELEGADO/A PROVINCIAL EN .....

**6 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)**

a) DNI del/de la solicitante, o en su defecto, documento acreditativo de su personalidad.

b) Resolución Judicial de incapacitación, si la hubiere.

c) Documento acreditativo del nombramiento e identidad del/de la representante legal o del guardador de hecho, en su caso.

d) Certificado de empadronamiento de los miembros de la unidad de convivencia.

e) En caso de solicitar ingreso en Centro de Día, Resolución del reconocimiento del grado de minusvalía, al menos en un 33%, y dictamen técnico-facultativo. Si se solicita ingreso en Centro Residencial, se aportará sólo la Resolución, salvo en caso de que el reconocimiento del grado de minusvalía se hubiera producido en el ámbito de otra Comunidad o Ciudad Autónoma, debiendo aportar también el dictamen técnico-facultativo.

f) Autorización judicial en supuestos de incapacitación, cuando fuere exigible y en caso de ingreso involuntario en Centro Residencial, o documento que acredite tenerla solicitada.

g) Dos fotografías de cuerpo entero.

h) Declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas de todos los miembros de la unidad de convivencia, referidas al periodo impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido a la fecha de solicitud. En el caso de quienes no estuvieran obligados a presentarla, certificado de retenciones de rendimientos percibidos o, en su defecto, declaración responsable de ingresos, según modelo adjunto.

i) Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio del interesado/a. En caso de no estar obligado a presentarla, declaración de bienes muebles e inmuebles, según modelo adjunto.

j) En caso de solicitar ingreso en Centro de Día, informe médico, psicológico y social anexo a la solicitud.

k) Documentos acreditativos de las situaciones declaradas en el apartado 5.2.

**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.

**ME COMPROMETO** a abonar el precio estipulado de la plaza correspondiente, en su caso.

**SOLICITO** el ingreso en  Centro Residencial  Centro de Día.

En ..... a ..... de ..... de .....

EL/LA INTERESADO/A, REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO (táchese lo que no proceda)

Fdo.: .....

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 centro, sin perjuicio de la exigencia de las responsabilidades de otro orden en que se hubiera podido incurrir.

**8 AUTORIZACIÓN (Rellenar y firmar sólo en caso de que se desee prestar consentimiento para la comunicación y suministro de datos)**

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 para la Igualdad y Bienestar Social o Entidades Colaboradoras, a los efectos de comprobación de datos y/o requisitos que resulten exigibles al amparo del Decreto 246/2003, de 2 de septiembre, por el que se regulan los ingresos y traslados de personas con con discapacidad en centros residenciales y centros de día.

FIRMA

SOLICITANTE: .....

MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

APELLIDOS Y NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DNI/NIF	FIRMA

**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 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 Centros de atención a 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 la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que tramitó la solicitud.

EJEMPLAR PARA LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

000972

**INGRESO EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**


<b>9</b>	<b>DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS</b>		
<p>Deberán declararse los ingresos de todos los miembros de la unidad de convivencia, en caso de no estar obligados a presentar la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o no poseer certificado de retenciones de rendimientos percibidos. La declaración responsable de ingresos deberá ser referida al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de la solicitud.</p>			
<p><b>INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA INCLUIDO EL/LA SOLICITANTE</b>                      (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe cada uno de los miembros de la unidad de convivencia, indicando nombre y apellidos, tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año).</p>			
	TIPO	CUANTÍA MENSUAL EUROS	Nº PAGAS AÑO
SOLICITANTE			
MIEMBROS DE LA UC			
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

EJEMPLAR PARA LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

<b>10</b>	<b>DECLARACIÓN RESPONSABLE DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES DEL SOLICITANTE</b>
<p>Se realizará en caso de no estar obligado a presentar la Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio. Será referida al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de la solicitud. Deberán declararse los bienes muebles (depósitos, cuentas corrientes, valores) e inmuebles (rústicos y/o urbanos con indicación de su valor catastral) propiedad del solicitante.</p>	

000972

**INFORME MÉDICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL****ANEXO A LA SOLICITUD DE INGRESO EN CENTRO DE DÍA**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>		
1º APELLIDO ..... 2º APELLIDO ..... NOMBRE .....			
DNI/NIF .....			
<b>2</b>	<b>INFORME MÉDICO (A cumplimentar por el Médico/a de Atención Primaria o Especializada que lo/la atiende o médico/a del Centro de Valoración y Orientación)</b>		
<b>2.1 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</b>			
<b>2.2 OTRAS MINUSVALÍAS NO RELACIONADAS CON LAS ANTERIORES</b> (sensoriales, físicas, etc.).			
			
<b>2.3 CUIDADOS ESPECIALES QUE PRECISA</b> Indicar si precisa sonda, insulino terapia, oxigenoterapia, ayuda para colocación de prótesis, etc.			
<b>2.4 OBSERVACIONES</b>			
En ..... a ..... de ..... de .....			
(Sello)		FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL	
Fdo.: .....			
(Nombre y dos apellidos)			
Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....			

EJEMPLAR PARA LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

000972

NOTA: Los espacios con borde sombreado son para cumplimentar por la Administración

**3 INFORME PSICOLÓGICO (A cumplimentar por el Psicólogo/a del Centro de Valoración y Orientación o de la entidad titular del centro solicitado)**

**3.1 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 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"/>	
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Depende de dos bastones para deambular o de asistencia de otra persona	
Subir/bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No puede	
Transferencia silla-cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente	

**3.2 ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL**

**3.2.1 CONVIVENCIA (Señalar sólo una)**

- Mantiene relaciones interpersonales aceptables fuera del ambiente familiar.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables sólo con los más próximos.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables pero presenta esporádicamente conductas inadaptadas, molestas o irritantes fuera del ambiente familiar.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables pero presenta esporádicamente conductas inadaptadas, molestas o irritantes con los más próximos.
- Mantiene relaciones interpersonales poco aceptables por presentar frecuentemente conductas inadaptadas, molestas, irritantes y/o violentas.

**3.2.2 CONDUCTA SOCIAL (Señalar sólo una)**

**Conocimientos de las normas y usos**

- Es responsable y se vale por sí mismo.
- No es responsable ni se vale por sí mismo.
- Tiene grave dificultad intelectual para conocer, asumir o cumplir las normas habituales de convivencia y los usos y costumbres del entorno.

**3.2.3 AUTOPROTECCIÓN (Señalar sólo una)**

**Precisa supervisión en ambientes controlados**

- No precisa
- Intermitente
- Frecuente
- Continua

**3.3 COMUNICACIÓN Y LENGUAJE NO RELACIONADOS CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN (Señalar sólo una)**

- Comunicación espontánea
- Dificultad de expresión e interpretación del lenguaje:
  - Leve o moderada
  - Grave (palabras sueltas, señalar, etc.)
- Ausencia de lenguaje u otras formas de comunicación

EJEMPLAR PARA LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

000972

**3.4 OBSERVACIONES**

En ..... a ..... de ..... de .....

(Sello) FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

Fdo.: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....

**4 INFORME SOCIAL (A cumplimentar por el/la trabajador/a del Centro de Valoración y Orientación o de los Servicios Sociales Comunitarios o de la entidad titular del centro solicitado) (\*)**

**4.1 VALORAR LOS ASPECTOS SOCIALES RECOGIDOS EN LOS PUNTOS 4 Y 5 DE LA SOLICITUD**

**4.2 EN SU CASO, INDICAR OTRAS SITUACIONES (ABANDONO, MALTRATO...)**

**4.3 OBSERVACIONES**

En ..... a ..... de ..... de .....

(Sello) FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

Fdo.: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....

EJEMPLAR PARA LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

000972

(\*) En caso necesario, se podrá utilizar hoja aparte.



**6 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)**

a) DNI del/de la solicitante, o en su defecto, documento acreditativo de su personalidad.

b) Resolución Judicial de incapacitación, si la hubiere.

c) Documento acreditativo del nombramiento e identidad del/de la representante legal o del guardador de hecho, en su caso.

d) Certificado de empadronamiento de los miembros de la unidad de convivencia.

e) En caso de solicitar ingreso en Centro de Día, Resolución del reconocimiento del grado de minusvalía, al menos en un 33%, y dictamen técnico-facultativo. Si se solicita ingreso en Centro Residencial, se aportará sólo la Resolución, salvo en caso de que el reconocimiento del grado de minusvalía se hubiera producido en el ámbito de otra Comunidad o Ciudad Autónoma, debiendo aportar también el dictamen técnico-facultativo.

f) Autorización judicial en supuestos de incapacitación, cuando fuere exigible y en caso de ingreso involuntario en Centro Residencial, o documento que acredite tenerla solicitada.

g) Dos fotografías de cuerpo entero.

h) Declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas de todos los miembros de la unidad de convivencia, referidas al periodo impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido a la fecha de solicitud. En el caso de quienes no estuvieran obligados a presentarla, certificado de retenciones de rendimientos percibidos o, en su defecto, declaración responsable de ingresos, según modelo adjunto.

i) Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio del interesado/a. En caso de no estar obligado a presentarla, declaración de bienes muebles e inmuebles, según modelo adjunto.

j) En caso de solicitar ingreso en Centro de Día, informe médico, psicológico y social anexo a la solicitud.

k) Documentos acreditativos de las situaciones declaradas en el apartado 5.2.

**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.

**ME COMPROMETO** a abonar el precio estipulado de la plaza correspondiente, en su caso.

**SOLICITO** el ingreso en  Centro Residencial  Centro de Día.

En ..... a ..... de ..... de .....

EL/LA INTERESADO/A, REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO (táchese lo que no proceda)

Fdo.: .....

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 centro, sin perjuicio de la exigencia de las responsabilidades de otro orden en que se hubiera podido incurrir.

**8 AUTORIZACIÓN (Rellenar y firmar sólo en caso de que se desee prestar consentimiento para la comunicación y suministro de datos)**

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 para la Igualdad y Bienestar Social o Entidades Colaboradoras, a los efectos de comprobación de datos y/o requisitos que resulten exigibles al amparo del Decreto 246/2003, de 2 de septiembre, por el que se regulan los ingresos y traslados de personas con con discapacidad en centros residenciales y centros de día.

FIRMA

SOLICITANTE: .....

MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

APELLIDOS Y NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DNI/NIF	FIRMA

**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 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 Centros de atención a 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 la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que tramitó la solicitud.

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE DÍA (presentar solo en caso de solicitud para Centro de Día)

000972

**INGRESO EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**


<b>9 DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS</b>			
<p>Deberán declararse los ingresos de todos los miembros de la unidad de convivencia, en caso de no estar obligados a presentar la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o no poseer certificado de retenciones de rendimientos percibidos. La declaración responsable de ingresos deberá ser referida al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de la solicitud.</p>			
<p><b>INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA INCLUIDO EL/LA SOLICITANTE</b>                      (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe cada uno de los miembros de la unidad de convivencia, indicando nombre y apellidos, tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año).</p>			
	TIPO	CUANTÍA MENSUAL EUROS	Nº PAGAS AÑO
SOLICITANTE			
MIEMBROS DE LA UC			
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

<b>10 DECLARACIÓN RESPONSABLE DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES DEL SOLICITANTE</b>
<p>Se realizará en caso de no estar obligado a presentar la Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio. Será referida al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de la solicitud. Deberán declararse los bienes muebles (depósitos, cuentas corrientes, valores) e inmuebles (rústicos y/o urbanos con indicación de su valor catastral) propiedad del solicitante.</p>

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE DÍA (presentar solo en caso de solicitud para Centro de Día)

000972

**INFORME MÉDICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL****ANEXO A LA SOLICITUD DE INGRESO EN CENTRO DE DÍA**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>		
1º APELLIDO ..... 2º APELLIDO ..... NOMBRE .....			
DNI/NIF .....			
<b>2</b>	<b>INFORME MÉDICO (A cumplimentar por el Médico/a de Atención Primaria o Especializada que lo/la atiende o médico/a del Centro de Valoración y Orientación)</b>		
<b>2.1 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</b>			
<b>2.2 OTRAS MINUSVALÍAS NO RELACIONADAS CON LAS ANTERIORES</b> (sensoriales, físicas, etc.).			
			
<b>2.3 CUIDADOS ESPECIALES QUE PRECISA</b>			
Indicar si precisa sonda, insulino terapia, oxigenoterapia, ayuda para colocación de prótesis, etc.			
<b>2.4 OBSERVACIONES</b>			
En ..... a ..... de ..... de .....			
(Sello)		FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL	
Fdo.: .....			
(Nombre y dos apellidos)			
Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....			

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE DÍA (presentar solo en caso de solicitud para Centro de Día)

000972

**3 INFORME PSICOLÓGICO (A cumplimentar por el Psicólogo/a del Centro de Valoración y Orientación o de la entidad titular del centro solicitado)**

**3.1 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

	Autónomo	Con ayuda	Dependiente	
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
Control vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
			Silla de ruedas <input type="checkbox"/>	
			Depende de dos bastones para deambular o de asistencia de otra persona <input type="checkbox"/>	
Subir/bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No puede <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Transferencia silla-cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**3.2 ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL**

**3.2.1 CONVIVENCIA (Señalar sólo una)**

- Mantiene relaciones interpersonales aceptables fuera del ambiente familiar.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables sólo con los más próximos.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables pero presenta esporádicamente conductas inadaptadas, molestas o irritantes fuera del ambiente familiar.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables pero presenta esporádicamente conductas inadaptadas, molestas o irritantes con los más próximos.
- Mantiene relaciones interpersonales poco aceptables por presentar frecuentemente conductas inadaptadas, molestas, irritantes y/o violentas.

**3.2.2 CONDUCTA SOCIAL (Señalar sólo una)**

**Conocimientos de las normas y usos**

- Es responsable y se vale por sí mismo.
- No es responsable ni se vale por sí mismo.
- Tiene grave dificultad intelectual para conocer, asumir o cumplir las normas habituales de convivencia y los usos y costumbres del entorno.

**3.2.3 AUTOPROTECCIÓN (Señalar sólo una)**

**Precisa supervisión en ambientes controlados**

- No precisa
- Intermitente
- Frecuente
- Continua

**3.3 COMUNICACIÓN Y LENGUAJE NO RELACIONADOS CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN (Señalar sólo una)**

- Comunicación espontánea
- Dificultad de expresión e interpretación del lenguaje:  Leve o moderada  Grave (palabras sueltas, señalar, etc.)
- Ausencia de lenguaje u otras formas de comunicación

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE DÍA (presentar solo en caso de solicitud para Centro de Día)

000972

**3.4 OBSERVACIONES**

En ..... a ..... de ..... de .....

FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

(Sello)

Fdo.: .....

(Nombre y dos apellidos)

Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....

**4 INFORME SOCIAL (A cumplimentar por el/la trabajador/a del Centro de Valoración y Orientación o de los Servicios Sociales Comunitarios o de la entidad titular del centro solicitado) (\*)**

**4.1 VALORAR LOS ASPECTOS SOCIALES RECOGIDOS EN LOS PUNTOS 4 Y 5 DE LA SOLICITUD**

**4.2 EN SU CASO, INDICAR OTRAS SITUACIONES (ABANDONO, MALTRATO...)**

**4.3 OBSERVACIONES**

En ..... a ..... de ..... de .....

FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

(Sello)

Fdo.: .....

(Nombre y dos apellidos)

Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE DÍA (presentar solo en caso de solicitud para Centro de Día)

000972

(\*) En caso necesario, se podrá utilizar hoja aparte.



**6 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)**

a) DNI del/de la solicitante, o en su defecto, documento acreditativo de su personalidad.

b) Resolución Judicial de incapacitación, si la hubiere.

c) Documento acreditativo del nombramiento e identidad del/de la representante legal o del guardador de hecho, en su caso.

d) Certificado de empadronamiento de los miembros de la unidad de convivencia.

e) En caso de solicitar ingreso en Centro de Día, Resolución del reconocimiento del grado de minusvalía, al menos en un 33%, y dictamen técnico-facultativo. Si se solicita ingreso en Centro Residencial, se aportará sólo la Resolución, salvo en caso de que el reconocimiento del grado de minusvalía se hubiera producido en el ámbito de otra Comunidad o Ciudad Autónoma, debiendo aportar también el dictamen técnico-facultativo.

f) Autorización judicial en supuestos de incapacitación, cuando fuere exigible y en caso de ingreso involuntario en Centro Residencial, o documento que acredite tenerla solicitada.

g) Dos fotografías de cuerpo entero.

h) Declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas de todos los miembros de la unidad de convivencia, referidas al periodo impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido a la fecha de solicitud. En el caso de quienes no estuvieran obligados a presentarla, certificado de retenciones de rendimientos percibidos o, en su defecto, declaración responsable de ingresos, según modelo adjunto.

i) Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio del interesado/a. En caso de no estar obligado a presentarla, declaración de bienes muebles e inmuebles, según modelo adjunto.

j) En caso de solicitar ingreso en Centro de Día, informe médico, psicológico y social anexo a la solicitud.

k) Documentos acreditativos de las situaciones declaradas en el apartado 5.2.

**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.

**ME COMPROMETO** a abonar el precio estipulado de la plaza correspondiente, en su caso.

**SOLICITO** el ingreso en  Centro Residencial  Centro de Día.

En ..... a ..... de ..... de .....

EL/LA INTERESADO/A, REPRESENTANTE LEGAL O GUARDADOR DE HECHO (táchese lo que no proceda)

Fdo.: .....

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 centro, sin perjuicio de la exigencia de las responsabilidades de otro orden en que se hubiera podido incurrir.

**8 AUTORIZACIÓN (Rellenar y firmar sólo en caso de que se desee prestar consentimiento para la comunicación y suministro de datos)**

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 para la Igualdad y Bienestar Social o Entidades Colaboradoras, a los efectos de comprobación de datos y/o requisitos que resulten exigibles al amparo del Decreto 246/2003, de 2 de septiembre, por el que se regulan los ingresos y traslados de personas con con discapacidad en centros residenciales y centros de día.

FIRMA

SOLICITANTE: .....

MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

APELLIDOS Y NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DNI/NIF	FIRMA

**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 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 Centros de atención a 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 la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que tramitó la solicitud.

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

000972

**INGRESO EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**


<b>9 DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS</b>			
<p>Deberán declararse los ingresos de todos los miembros de la unidad de convivencia, en caso de no estar obligados a presentar la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o no poseer certificado de retenciones de rendimientos percibidos. La declaración responsable de ingresos deberá ser referida al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de la solicitud.</p> <p><b>INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA INCLUIDO EL/LA SOLICITANTE</b>                      (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe cada uno de los miembros de la unidad de convivencia, indicando nombre y apellidos, tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año).</p>			
	TIPO	CUANTÍA MENSUAL EUROS	Nº PAGAS AÑO
SOLICITANTE			
MIEMBROS DE LA UC			
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

<b>10 DECLARACIÓN RESPONSABLE DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES DEL SOLICITANTE</b>
<p>Se realizará en caso de no estar obligado a presentar la Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio. Será referida al período impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de la solicitud. Deberán declararse los bienes muebles (depósitos, cuentas corrientes, valores) e inmuebles (rústicos y/o urbanos con indicación de su valor catastral) propiedad del solicitante.</p>

000972

**INFORME MÉDICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL****ANEXO A LA SOLICITUD DE INGRESO EN CENTRO DE DÍA**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>		
1º APELLIDO ..... 2º APELLIDO ..... NOMBRE .....			
DNI/NIF .....			
<b>2</b>	<b>INFORME MÉDICO (A cumplimentar por el Médico/a de Atención Primaria o Especializada que lo/la atiende o médico/a del Centro de Valoración y Orientación)</b>		
<b>2.1 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</b>			
<b>2.2 OTRAS MINUSVALÍAS NO RELACIONADAS CON LAS ANTERIORES</b> (sensoriales, físicas, etc.).			
			
<b>2.3 CUIDADOS ESPECIALES QUE PRECISA</b>			
Indicar si precisa sonda, insulino terapia, oxigenoterapia, ayuda para colocación de prótesis, etc.			
<b>2.4 OBSERVACIONES</b>			
En ..... a ..... de ..... de .....			
(Sello)		FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL	
Fdo.: .....			
(Nombre y dos apellidos)			
Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....			

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

000972

NOTA: Los espacios con borde sombreado son para cumplimentar por la Administración

**3 INFORME PSICOLÓGICO (A cumplimentar por el Psicólogo/a del Centro de Valoración y Orientación o de la entidad titular del centro solicitado)**

**3.1 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 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"/>	
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Depende de dos bastones para deambular o de asistencia de otra persona	
Subir/bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No puede	
Transferencia silla-cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependiente	

**3.2 ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL**

**3.2.1 CONVIVENCIA (Señalar sólo una)**

- Mantiene relaciones interpersonales aceptables fuera del ambiente familiar.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables sólo con los más próximos.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables pero presenta esporádicamente conductas inadaptadas, molestas o irritantes fuera del ambiente familiar.
- Mantiene relaciones interpersonales aceptables pero presenta esporádicamente conductas inadaptadas, molestas o irritantes con los más próximos.
- Mantiene relaciones interpersonales poco aceptables por presentar frecuentemente conductas inadaptadas, molestas, irritantes y/o violentas.

**3.2.2 CONDUCTA SOCIAL (Señalar sólo una)**

**Conocimientos de las normas y usos**

- Es responsable y se vale por sí mismo.
- No es responsable ni se vale por sí mismo.
- Tiene grave dificultad intelectual para conocer, asumir o cumplir las normas habituales de convivencia y los usos y costumbres del entorno.

**3.2.3 AUTOPROTECCIÓN (Señalar sólo una)**

**Precisa supervisión en ambientes controlados**

- No precisa
- Intermitente
- Frecuente
- Continua

**3.3 COMUNICACIÓN Y LENGUAJE NO RELACIONADOS CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN (Señalar sólo una)**

- Comunicación espontánea
- Dificultad de expresión e interpretación del lenguaje:
  - Leve o moderada
  - Grave (palabras sueltas, señalar, etc.)
- Ausencia de lenguaje u otras formas de comunicación

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

000972

**3.4 OBSERVACIONES**

En ..... a ..... de ..... de .....

(Sello) FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

Fdo.: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....

**4 INFORME SOCIAL (A cumplimentar por el/la trabajador/a del Centro de Valoración y Orientación o de los Servicios Sociales Comunitarios o de la entidad titular del centro solicitado) (\*)**

**4.1 VALORAR LOS ASPECTOS SOCIALES RECOGIDOS EN LOS PUNTOS 4 Y 5 DE LA SOLICITUD**

**4.2 EN SU CASO, INDICAR OTRAS SITUACIONES (ABANDONO, MALTRATO...)**

**4.3 OBSERVACIONES**

En ..... a ..... de ..... de .....

(Sello) FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

Fdo.: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Nº DE COLEGIADO/A (en su caso) .....

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

000972

(\*) En caso necesario, se podrá utilizar hoja aparte.