

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR EN LA RESIDENCIA DE P.M.A. "SANTA TERESA"

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE (interesado/a)												
1 er. APELLIDO _____ 2º APELLIDO _____ NOMBRE _____ N.I.F. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ DOMICILIO _____ MUNICIPIO _____ PROVINCIA _____ C.P. _____ TELÉFONOS _____ CORREO ELECTRÓNICO _____													
2	DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL (en su caso)												
1 er. APELLIDO _____ 2º APELLIDO _____ NOMBRE _____ N.I.F. _____ RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE _____ DOMICILIO _____ MUNICIPIO _____ PROVINCIA _____ C.P. _____ TELÉFONOS _____ CORREO ELECTRÓNICO _____													
3	MOTIVOS DE LA SOLICITUD												
4	DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (U.F.)												
4.1. Datos Económicos Nº MIEMBROS DE LA U.F. _____ . TOTAL DE INGRESOS BRUTOS DEL ÚLTIMO AÑO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA U.F. _____ € 4.1.1. Ingresos económicos del/de la solicitante: (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe: tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año, etc)													
4.1.2. Ingresos económicos de los miembros de la U.F. (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe cada uno de los miembros de la U.F., indicando apellidos y nombre , tipo cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año etc.)													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">_____</td> <td style="width: 20%; border: none;">_____</td> <td style="width: 30%; border: none; text-align: right;">€.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none; text-align: right;">€.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none; text-align: right;">€.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none; text-align: right;">€.</td> </tr> </table>		_____	_____	€.	_____	_____	€.	_____	_____	€.	_____	_____	€.
_____	_____	€.											
_____	_____	€.											
_____	_____	€.											
_____	_____	€.											
4.2. Otros Datos: 4.2.1. ¿Trabaja el/la cuidador/a principal? 4.2.2. Estado de salud y edad del/de la cuidador/a principal. 4.2.3. Relación de parentesco del/la solicitante con el/la cuidador/a principal. 4.2.4. Otros miembros de la U.F. en situación de dependencia. 4.2.5. Otras circunstancias.													

5	DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (original y/o copia para su cotejo)
<input type="checkbox"/> a) Tarjeta Andalucía-Junta Sesenta y cinco. <input type="checkbox"/> b) 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 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. <input type="checkbox"/> e) Informe médico Anexo a la presente solicitud.	

6	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>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.</p> <p style="text-align: center;">En..... a.....de.....de..... EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL.</p> <p style="text-align: center;">Fdo.-</p>	

8	AUTORIZACIÓN
<p>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.</p> <p>2.- AUTORIZO el suministro de datos de carácter tributario a la Diputación Provincial de Jaén, a los efectos de comprobación de los datos y/o requisitos que resulten exigibles para el acceso al Programa Respiro Familiar.</p>	
Solicitante	Firma
.....
Miembros de la Unidad Familiar:	
Apellidos y nombre:	N.I.F.
Edad	Parentesco
.....
.....
.....

PROTECCIÓN DE DATOS
<p>En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Diputación Provincial de Jaén 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 el centro de atención a personas mayores.</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 Diputación Provincial de Jaén que tramitó su solicitud</p>

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 (interesado)
1 er. APELLIDO _____	2º APELLIDO _____ NOMBRE _____
N.I.F. _____	

2	VALORACIÓN MÉDICA																																																												
2.1.- ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA																																																													
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Autónomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>Dependiente</td> </tr> <tr> <td>Comer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vestirse/desvestirse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Baño</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uso de WC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Higiene personal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ningún Problema</td> <td>Algún accidente</td> <td>Incontinente</td> </tr> <tr> <td>Control anal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Control Vesical</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autónomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>Silla de ruedas <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Caminar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Encamado <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autónomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>No puede</td> </tr> <tr> <td>Subir/bajar escaleras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autónomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>Dependiente</td> </tr> <tr> <td>Transferencia silla-cama</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		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	Silla de ruedas <input type="checkbox"/>	Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encamado <input type="checkbox"/>		Autónomo	Con ayuda	No puede	Subir/bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autónomo	Con ayuda	Dependiente	Transferencia silla-cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	Silla de ruedas <input type="checkbox"/>																																																										
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encamado <input type="checkbox"/>																																																										
	Autónomo	Con ayuda	No puede																																																										
Subir/bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
	Autónomo	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																																																													
<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 si mismo y para los demás) o diagnóstico de DEMENCIA																																																													
2.3. OTRAS MINUSVALIAS 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																																																													
<p>Ena.....de.....de.....</p> <p style="text-align: center;">EL/LA PROFESIONAL</p> <p style="text-align: center;">Fdo.- (Nombre y dos apellidos)</p> <p>Nº de colegiado/a (en su caso).....</p>																																																													