



Ayuntamiento de La Pesga

CENTRO RESIDENCIAL

SOLICITUD DE ADMISION EN EL CENTRO RESIDENCIAL Y/O CENTRO DE DIA DE LA PESGA

1. DATOS PERSONALES DEL PRIMER SOLICITANTE

Nombre y Apellidos		NIF/NIE	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Domicilio (Calle/ plaza/ avda...)	
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
Incapacitado Legalmente: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> En Trámite		Reconocimiento de Grado y Nivel de Dependencia: <input type="checkbox"/> Si GRADO _____ NIVEL _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Trámite / Fecha de Solicitud	

2. DATOS DEL CONYUGE (Si procede): Solicita también plaza: _____.

Nombre y Apellidos		NIF/NIE	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Domicilio (Calle/ plaza/ avda...)	
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
Incapacitado Legalmente: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> En Trámite	Relación/ parentesco con el primer solicitante:	Reconocimiento de Grado y Nivel de Dependencia: <input type="checkbox"/> Si GRADO _____ NIVEL _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Trámite/ Fecha de solicitud	

3. DATOS DEL REPRESENTANTE/GUARDADOR DE HECHO (en su caso)

Nombre y apellidos		NIF/NIE	
Relación/ parentesco con el primer solicitante:	Domicilio (Calle/ plaza/ avda...)		
Localidad	Provincia	Código Postal	Tfno. Móvil: Tfno. Fijo: Email:

4. TIPO DE PLAZA QUE SOLICITA: (S -> Solicitante C-> Cónyuge)

S C

Residencia

Centro de Día

Otros: _____



Ayuntamiento de La Pesga

CENTRO RESIDENCIAL

DECLARO/DECLARAMOS bajo mi/nuestra responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que mi/nuestra situación personal, psicomotriz y mental no impiden ni dificultan la normal convivencia en el Centro Residencial o Centro de Día y **AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a que estos datos puedan ser facilitados a la entidad gestora del Servicio.

Así mismo los abajo firmantes se comprometen expresa y formalmente a cumplir lo expuesto a continuación:

1. Respetar la dignidad y los derechos de todas las personas que de forma directa o indirecta desarrollen su actividad en el servicio.
2. A colaborar con el personal del servicio de la Residencia en las tareas programadas, así como respetar su divinidad individual
3. Cumplir el Reglamento de Régimen Interno reflejado en el contrato, del que hemos sido informados y cuya publicación aparece inserta en el Boletín Oficial de la Provincia de Cáceres número 37 de fecha 23/02/2011
4. La familia y/o responsable firmante, se comprometen a colaborar con el Ayuntamiento de La Pesga en el buen desarrollo de la prestación, así como cumplir las instrucciones de las que hemos sido informados.

PROTECCION DE DATOS: En el presente documento, salvo manifestación en contra, presto mi consentimiento a que mis datos sean incorporados a un fichero de titularidad del Ayuntamiento de La Pesga. El uso de dichos datos se restringirá a la gestión municipal, pudiendo utilizarse en ulteriores procedimientos municipales, así como cederse a otras Administraciones Públicas y solicitar el Ayuntamiento datos a éstas. Todo ello en los supuestos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. Si lo desea podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación en los términos previstos en el art.5 de la citada ley orgánica, dirigiéndose al Ayuntamiento de La Pesga sito en C/ Gabriel y Galán, nº 17 de La Pesga C.P. 10649 (Cáceres).

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del primer solicitante	Firma del Cónyuge si es también Segundo Solicitante
Fdo.	Fdo.

DOCUMENTACION QUE DEBERÁ ADJUNTARSE:

(Las fotocopias deben estar compulsadas)

- **Fotocopia del DNI/NIE del solicitante y cónyuge, y en su caso, representante legal.**
 - **Fotocopia de la hoja de matrimonio del Libro de Familia.**
 - **Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria.**
 - **Fotocopia del Certificado del Grado y Nivel de Dependencia concedido por el SEPAD u Organismo competente.**
 - **En su caso, Copia de Resolución Judicial de la Declaración de Incapacidad y nombramiento de tutor o documentación acreditativa de estar en trámite.**
 - **Certificado de Pensiones españolas y, en su caso, extranjeras.**
 - **Certificado de ingresos por otros conceptos (rentas, alquileres, intereses...)**
 - **Declaración de renta y patrimonio o Certificado de imputaciones de IRPF de los últimos 3 ejercicios.**
 - **Extracto bancario del estado de sus valores mobiliarios (Cuentas, plazos fijos...) de los tres años anteriores a la solicitud.**
-
- **Certificado de Histórico de empadronamiento.**
 - **Documento de Domiciliación Bancaria.**
 - **Declaración de ingresos y compromiso de comunicar variaciones.**
 - **Informe Médico en modelo oficial.**
 - **Informe Social en modelo oficial.**



Ayuntamiento de La Pesga

CENTRO RESIDENCIAL

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

D/D^a _____ con D.N.I. _____.

AUTORIZO a que carguen en la cuenta corriente/libreta de ahorro que tengo en esa entidad bancaria, los recibos emitidos a mi nombre y al de mi cónyuge, en su caso, D/D^a _____, que envíe el Ayuntamiento de La Pesga como pago de los servicios recibidos a través del Centro Residencial y/o Centro de Día de La Pesga.

Nombre y Apellidos del Titular de la Cuenta	N.I.F.

Banco/Caja y Dirección

Cuenta bancaria en la que se cargarán los recibos															
Banco				Sucursal				D.C.		Número de Cuenta					

En _____, a ____ de _____ de _____.

El/La Interesado/a,

Vº Bº por la Entidad Bancaria,

Fdo. _____

Fdo.: _____

Los datos que se recogen, se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. Para cualquier cuestión sobre esta materia puede dirigirse al teléfono de información 927 67 45 62.



Ayuntamiento de La Pesga

CENTRO RESIDENCIAL

DECLARACIÓN DE INGRESOS

D/D^a. _____ D.N.I. _____

DECLARA /N que los ingresos que percibe/n son los siguientes:

TITULAR DECLARANTE O CONYUGE	TIPO	CUANTÍA/ MES	CUANTÍA ANUAL
DECLARANTE	PENSION Pagas:		
DECLARANTE	PENSION Extranjero		
DECLARANTE	Capital Mobiliario		
DECLARANTE	Capital Inmobiliario		
DECLARANTE	Otros		
CONYUGE o 2º Declarante	PENSION		
CONYUGE o 2º Declarante	PENSION Extranjero		
CONYUGE o 2º Declarante	Capital Mobiliario		
CONYUGE o 2º Declarante	Capital Inmobiliario		
CONYUGE o 2º Declarante	Otros		
IMPORTE TOTAL ANUAL			
	BASE IMPONIBLE Ejercicio 2010		
	BASE IMPONIBLE Ejercicio 2009		
	BASE IMPONIBLE Ejercicio 2008		

Así mismo DECLARA/MOS bajo nuestra responsabilidad ser ciertos y comprobables documentalmente cuantos datos anteceden, y quedamos enterados/as de que la ocultación o falsedad en los mismos darán lugar a la exigencia de las responsabilidades que de ello se deriven y a la pérdida de los beneficios que, a partir de los mismos, me hayan sido concedidos.

Asimismo, quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Ayuntamiento de La Pesga cualquier variación en los datos que pueda producirse en lo sucesivo.

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____

Los datos que se recogen, se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. Para cualquier cuestión sobre esta materia puede dirigirse al teléfono del Ayuntamiento de La Pesga, 927 67 45 62.

Reconocimiento médico efectuado por el Doctor/a D/D.^a

médico del S.E.S.	Comunidad Extremeña	Otros	Colegiado nº		
Dirección C. Salud (Área)			Teléf.		
al solicitante D/D. ^a	Edad	Sexo	V	M	
Fecha reconocimiento		DÍA	MES	AÑO	
A) Padece enfermedad infecto-contagiosa activa			SI	NO	
B) Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente			SI	NO	
C) Presenta trastornos psíquicos graves que pueden producir alteraciones en la convivencia			SI	NO	

1. SITUACIÓN FÍSICA

1.1. Limitaciones en el campo visual y/o auditivo:	V	0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Importantes, 3) Totales)... (V=vista, O=oído)	O	0	1	2	3
1.2. Incontinencia:	U	0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Ocasional, 2) Frecuente, 3) Total)... (U=urinaria, F=fecal)	F	0	1	2	3
Especificar uso de pañales dispositivo sonda colostomía					
1.3. Dificultad en el manejo de las extremidades superiores:		0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Importantes, 3) Total)					
1.4. Dificultad en el manejo de las extremidades inferiores:		0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Importantes, 3) Total)					
Especificar uso de bastón andador silla de ruedas					
1.5. Dificultad respiratoria:		0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Leve, 2) De moderada a severa)					

2. SITUACIÓN PSÍQUICA

2.1. Desorientación témporo-espacial:	0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Leves o de forma esporádica, 2) Importantes o				
2.2. Alteraciones de percepción:	0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Moderadas, 3) Importantes)				
2.3. Incoherencia en la comunicación:	0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Ligeras, 2) Frecuentes, 3) Totales)				
2.4. Descontrol emocional:	0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Ligero, 2) Importante, 3) Total)				
2.5. Trastornos de la memoria:	0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Moderados, 3) Graves)				
2.6. Trastornos de la conducta:	0	1	2	3
(indicar si son: 0) NO, 1) Leves, 2) Moderados, 3) Graves)				

3. SITUACIÓN CLÍNICA

(Se refleja la causa médica que ha producido la incapacidad física o psíquica señaladas, indicando antecedentes personales y quirúrgicos)

RESPIRATORIO

CARDIOVASCULAR

DIGESTIVO

ENDOCRINOLOGICO

MUSCULOESQUELETICO

GENITOURINARIO

ORG. SENTIDOS

NEUROLOGICO

PSIQUIATRICO

OBSERVACIONES (Especificar patología actual, incluyendo diagnóstico, tratamiento y dietas especiales)

....., a de de
Firma: