



G CONSELLERIA
O SERVEIS SOCIALS
I I COOPERACIÓ
B DIRECCIÓ GENERAL
/ DEPENDÈNCIA

SOL·LICITUD D'ESTADA TEMPORAL AL CENTRE RESIDENCIAL SON GÜELLS

I. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

1. Dades personals

PRIMER LLINATGE	SEGON LLINATGE	NOM	IDENTIFICACIÓ				
			DNI/NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ALTRES <input type="checkbox"/>	N.	
DATA DE NAIXEMENT Dia Mes Any	SEXE <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	NACIONALITAT			ESTAT CIVIL		
DOMICILI (carrer/plaça)		N.	Bloc	Escala	Pis	Porta	CODI POSTAL
LOCALITAT	PROVÍNCIA			COMUNITAT AUTÒNOMA			
TELÈFON FIX	TELÈFON MÒBIL			ADREÇA ELECTRÒNICA			
TENIU SEURETAT SOCIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiari/ària		N. D'AFILIACIÓ A LA SEURETAT SOCIAL			

2. Dades sobre la convivència

NOM	LLINATGES	DNI	DATA NAIXEMENT	RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT

3. Dades de la situació de dependència o discapacitat

TIPUS DISCAPACITAT <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intel·lectual <input type="checkbox"/> Intel·lectual amb físiques associades <input type="checkbox"/> Altres:	CERTIFICAT DE DISCAPACITAT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grau:	VALORACIÓ DE DEPENDÈNCIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grau:	ORIGEN DE LA DISCAPACITAT <input type="checkbox"/> Congènita <input type="checkbox"/> Perinatal/prenatal <input type="checkbox"/> Posttraumàtica <input type="checkbox"/> Altres
DIAGNÒSTIC/S			
TENIU CERTIFICATS GREUS PROBLEMES DE MOBILITAT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		MOBILITAT <input type="checkbox"/> Autònom/a <input type="checkbox"/> Autònom/a amb ajuda tècnica (bastons, cadira...) <input type="checkbox"/> Dependent de tercera persona <input type="checkbox"/> Enllitat/ada	

4. Dades econòmiques

Dades sobre la renda (cal emplenar-ho en cas de no tenir la declaració de situació de dependència)

Teniu ingressos o rendes pròpies? Sí No

a.1.- RENDES DE TREBALL O PRESTACIONS ECONÒMIQUES

<u>Concepte</u>	<u>Empresa/organisme</u>	<u>Quantia anual</u>
.....		
.....		

a.2.- RENDES DERIVADES D'ACTIVITATS ECONÒMIQUES

<u>Tipus d'activitat</u>	<u>Rendiments íntegres (anuals)</u>
.....	
.....	

a.3.- RENDES DE CAPITAL

<u>Concepte</u>	<u>Rendiments íntegres (anuals)</u>
.....	
.....	

a.3.- GUANYES I PLUSVÀLUES PATRIMONIALS

<u>Concepte</u>	<u>Rendiments íntegres (anuals)</u>
.....	
.....	

5. Altres dades

1.- Sou atès/atesa en el vostre domicili? Sí No

Si la resposta és afirmativa, assenyalau si actualment us presten serveis en el vostre domicili, així com l'entitat o organisme prestatari:

Teleassistència

Ajuda a domicili

Sou atès/atesa en el vostre domicili per algun familiar o persona del vostre entorn? Sí No

Si la resposta és afirmativa, indicau les dades següents:

DADES PERSONALS DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL

NOM I LLINATGES		DNI/NIE
DOMICILI	CODI POSTAL	LOCALITAT
TELEFON FIX	TELÈFON MOBIL	RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT

2. Teniu contractat un servei d'assistència personal? Sí No

2. Sou atès/atesa en un centre de dia o de nit? Sí No

En cas afirmatiu, indicau les dades següents:

Denominació del centre:

Adreça i telèfon:

6. Motius de la sol·licitud

- Convalescència de la persona cuidadora per malaltia, operació quirúrgica o accident. Temps previst: dies
- Convalescència de la persona sol·licitant per malaltia, operació quirúrgica o accident. Temps previst: dies
- Situació familiar greu. Temps previst: dies
- Per vacances de la persona cuidadora o familiars. Temps previst: dies
- Per obres de rehabilitació o adaptació de l'habitatge habitual de la persona sol·licitant. Temps previst: dies
- Altres: Temps previst: dies

Data sol·licitada d'estada temporal (per ordre de preferència)

- 1ª Opció** Data d'inici: Data final:
- 2ª Opció** Data d'inici: Data final:
- 3ª Opció** Data d'inici: Data final:

II. DADES DEL/DE LA REPRESENTANT LEGAL

PRIMER LLINATGE	SEGON LLINATGE	NOM	DNI/NIE
DATA DE NAIXEMENT	DOMICILI	LOCALITAT	CODI POSTAL
TELÈFON FIX	TELÈFON MOBIL	RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT	

DECLAR que són certes totes les dades consignades en aquesta sol·licitud i la documentació amb què s'acompanya, com també les que he facilitat als professionals que signen els informes adjunts. I estic assabentat/ada que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes pot ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meva sol·licitud o l'atorgament del servei, sense perjudici que es puguin emprendre les accions legals que siguin procedents.

AUTORITZ que aquestes dades puguin ser facilitades a l'entitat assignada prestadora del servei.

AUTORITZ que es realitzin les verificacions i consultes necessàries a fitxers públics per acreditar les dades declarades que constin a les administracions públiques competents.

Qued assabentat/ada de l'obligació de comunicar a la Direcció General de Dependència qualsevol variació que es produeixi d'ara endavant.

....., de de 201...

Rúbrica:

Nom i llinatges:.....

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: us informam que les dades personals que conté aquesta sol·licitud s'integraran en els fitxers automatitzats que estan constituïts en aquest organisme sobre el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), sense que puguin ser utilitzats per a finalitats distintes o alienes al sistema; tot això, de conformitat amb els principis de protecció de dades de caràcter personal que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

D'altra banda, us informam que la falsedat de les dades proporcionades, així com l'obtenció o el gaudi fraudulent de prestacions poden ser motiu de sanció (títol III de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència).

Destinació: DIRECCIÓ GENERAL DE DEPENDÈNCIA. CONSELLERIA DE SERVEIS SOCIALS I COOPERACIÓ

DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR A LA SOL·LICITUD

(Marcau amb una creu els documents que presentau.)

- Fotocòpia del DNI de la persona sol·licitant** o, si no n'hi ha, document acreditatiu de la seva identitat (NIE, passaport, etc.), en vigor.
- Fotocòpia de la **targeta sanitària** de la persona sol·licitant.
- Informe de salut de la persona sol·licitant** segons el model oficial. No serà necessària la presentació d'aquest informe si la persona té reconeguda una situació de dependència i l'expedient roman a la Direcció General de Dependència, sempre que no calgui l'aportació d'un nou informe.
- Informe social de la persona sol·licitant** segons el model oficial expedit pel treballador/a social dels serveis socials comunitaris del municipi de la persona sol·licitant. No serà necessària la presentació d'aquest informe si la persona té reconeguda una situació de dependència i l'expedient roman a la Direcció General de Dependència, sempre que no calgui l'aportació d'un nou informe.
- Certificat d'empadronament** i convivència de la persona sol·licitant, excepte en el cas de les empadronades en el municipi de Palma, en què l'Administració ho comprovarà d'ofici.
- Declaració de l'impost sobre la renda de les persones físiques (IRPF)** del darrer exercici fiscal de la persona sol·licitant i dels familiars que en depenen. En el supòsit de no estar-hi obligat, certificats oficials de l'òrgan pagador.
- Fotocòpia del DNI de la persona cuidadora** de la persona sol·licitant del servei d'estades temporals.
- Informe de salut de la persona cuidadora**, quan el motiu de l'estada temporal sigui per malaltia, intervenció quirúrgica o hospitalització de la persona cuidadora.
- Còpia de projecte i/o pressupostos de les obres** que s'han de dur a terme o un altre document acreditatiu, quan el motiu de l'estada temporal sigui per obra en el domicili habitual de la persona sol·licitant.

En els casos en què la persona sol·licitant actuï mitjançant representant legal o persona guardadora de fet, cal aportar, a més, la documentació següent:

- Fotocòpia del DNI de representant legal** o, en el seu cas, document acreditatiu de la personalitat de qui exerceix la representació legal, juntament amb la **resolució judicial d'incapacitació**, o **document acreditatiu de la persona guardadora de fet**, segons el model oficial. La documentació ha d'estar en vigor.
- Altres informes** que pugui tenir la persona sol·licitant o els seus representants i que siguin d'interès per al centre.