

CENTRO DE PRESENTACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL O C. AUTÓNOMA	SERVICIOS CENTRALES
Fecha	Fecha	Fecha Nº Registro

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMRSO)

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE RELLENAR ESTA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES (1)

DATOS PERSONALES (2)	DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (2.1)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		
		SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DNI		TIENE SEGURIDAD SOCIAL (3)		
		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		PROVINCIA		
				LOCALIDAD				
		DOMICILIO (Calle o Plaza y Número)				TELÉFONO	MÓVIL	
		LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	NACIONALIDAD		
		DIRECCIÓN ACTUAL (Hospital, etc.)				TELÉFONO	MÓVIL	
		ACTIVIDAD LABORAL						
		TIPO DE DISCAPACIDAD (4)						
		DATOS DEL REPRESENTANTE o PERSONA DE CONTACTO (2.2)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
Nº DNI	RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE							
DOMICILIO (Calle o Plaza y Número)				TELÉFONO	MÓVIL			
LOCALIDAD			CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA				
CURSO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE: (5)								
DATOS ECONÓMICOS (6)	INGRESOS TOTALES FAMILIARES		Nº DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR		RENTA PER CÁPITA			

CENTRO SOLICITADO (7)	TIPO DE CENTRO (7.1)		TIPO DE PLAZA (7.2)										
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td></tr> </table>		A	B	C	D	E	F	G	H	I
A	B	C	D	E									
F	G	H	I	J									
	CENTROS SOLICITADOS (7.3)												

DECLARACIÓN

Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden, así como los facilitados para la elaboración de los informes preceptivos para la valoración del expediente, y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente o la expulsión del Centro, en el supuesto de haber sido admitido.

, a de de
Firma

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Escriba con claridad para evitar errores de interpretación, a ser posible, a máquina o con letras de imprenta
2. **Datos personales:**
 - 2.1. **De la persona solicitante:**
Se deberán cumplimentar todos los casilleros referidos a la persona solicitante
 - 2.2. **Del representante o persona de contacto:**
 - En caso de que solicite la admisión de una persona incapacitada, deberá cumplimentar los casilleros referidos al representante.
 - Indíquese la relación familiar (padre, madre, hermano/a, abuelo/a, etc.) o legal (tutor/a, etc.) que tenga con la persona solicitante.
3. **Número y letra de tarjeta sanitaria.**
4. **Tipo de discapacidad, demencia o enfermedad. Indíquese si es:**
 - a) Física y/o sensorial.
 - b) Intelectual.
 - c) Intelectual con discapacidades físicas asociadas.
 - d) Demencia (diagnóstico)
 - e) Enfermedad rara (diagnóstico)
5. **Curso de formación profesional**
Se deberá cumplimentar cuando la solicitud sea para un Centro de Recuperación de personas con discapacidad Física (CRMF).
6. **Datos Económicos:** Indíquese la renta *per cápita* familiar cuando la solicitud sea para un Centro de Atención a personas con discapacidad Física (CAMF).
7. **Centro Solicitado**
 - 7.1. **Tipo de Centro:**
 - CAMF: Cuando se precise plaza para personas con discapacidad física gravemente afectadas.
 - CRMF: Cuando se precise plaza para personas con discapacidad física y/o sensorial con posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional.
 - CRMF y CAP de Bergondo (A Coruña): Cuando se precise plaza para personas con discapacidad física y/o sensorial con posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional, que requieran programas de alta especialización para potenciar la autonomía y recuperación de las personas con daño cerebral.
 - CEADAC: Cuando se precise plaza para personas afectadas de lesión cerebral adquirida y no progresiva de cualquier causa con carácter grave con posibilidad real de recuperación funcional.
 - CRE para la Atención a Personas con Grave Discapacidad y para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de San Andrés del Rabanedo (León).
 - CRE de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca.
 - CRE de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos
 - 7.2. **Tipo de plaza:** (señale con una "X" la modalidad elegida)
 - 7.2.1. **CAMF, CRMF y CAP de Bergondo (A Coruña) y CRE de San Andrés del Rabanedo (León)**
 - A) Residencial
 - B) Centro de Día
 - C) Ambulatoria
 - 7.2.2. **CRE de Alzheimer, Salamanca**
 - D) Centro de Día
 - E) Centro de Noche
 - F) Residencial Temporal
 - G) Residencial de Respiro Familiar
 - H) Estancias breves de familias
 - 7.2.3. **CRE de Enfermedades Raras, Burgos**
 - I) Diurna de Atención Sociosanitaria
 - J) Residencial de Respiro Familiar
 - 7.3. **Centros solicitados:** Indíquese cuatro opciones, como máximo.
8. Para más información sobre los Centros del Imsero y los servicios que presentan, pueden consultar la página www.imsero.es

Normativa de aplicación: [Resolución de 26 de agosto de 1987, de la Dirección General del INSERSO](#) (BOE 1 de octubre de 1987)

A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL IMSERSO O UNIDAD COMPETENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN LA QUE SE PRESENTE LA SOLICITUD

Bastanteo de los documentos que deben acompañar a la solicitud

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI | <input type="checkbox"/> Informe Social | <input type="checkbox"/> Informe Psicológico |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI del representante | <input type="checkbox"/> Informe médico | <input type="checkbox"/> Anexo I, II o III de la Resolución 26/08/87 |
| <input type="checkbox"/> Certificado de minusvalía | <input type="checkbox"/> Fotocopia Libro Familia | <input type="checkbox"/> Fotocopia cartilla Seguridad Social |

SUPERVISADO CON FECHA: _____

SUPERVISADO CON FECHA: _____

Y PENDIENTE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.

Y CONFORME.

El/La funcionario/a

El/La funcionario/a