



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



REGISTRO

Nº Expediente:

SOLICITUD DE ADMISIÓN

EN EL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (CREAP) EN VALENCIA DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMRSO)

ADVERTENCIA IMPORTANTE

LA SOLICITUD DEBERÁ OBLIGATORIAMENTE CUMPLIMENTARSE EN TODOS SUS APARTADOS ANTES DE RELLENAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (1)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
Nº NIF/NIE			Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		ESTADO CIVIL		NACIONALIDAD
LUGAR DE NACIMIENTO: LOCALIDAD		PROVINCIA		PAÍS	
DOMICILIO			Nº/Blq./Escal./Piso/Pta.		CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA		TELÉFONO FIJO	
TELÉFONO MÓVIL					
CORREO ELECTRÓNICO					
TIPO DE DISCAPACIDAD (3)			GRADO DE DISCAPACIDAD (3)		
FECHA SOLICITUD O RECONOCIMIENTO			COMUNIDAD O CIUDAD AUTONÓMA DE RECONOCIMIENTO		
TIENE RECONOCIDA O SOLICITADA LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (4): <input type="checkbox"/> SOLICITADA <input type="checkbox"/> RECONOCIDA					
EN CASO DE TENERLA RECONOCIDA: GRADO		FECHA CALIFICACIÓN GRADO		COMUNIDAD DE RECONOCIMIENTO	
PRESTACIÓN O SERVICIO: <input type="checkbox"/> SOLICITADO <input type="checkbox"/> CONCEDIDO <input type="checkbox"/> FECHA DE EFECTIVIDAD:					

EN CASO DE ESTAR ATENDIDO ACTUALMENTE EN ALGÚN CENTRO O SERVICIO, INDIQUE CUAL (5):

NOMBRE <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO		DIRECCIÓN DEL CENTRO/SERVICIO FINANCIACIÓN:		TELÉFONO	
---	--	--	--	----------	--

DATOS DEL REPRESENTANTE O PERSONA DE CONTACTO(2)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		Nº NIF/NIE	
DOMICILIO				Nº /Blq / Escal / Piso / Pta		CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD		PROVINCIA		TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL	
CORREO ELECTRÓNICO				RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE			

VINCULACIÓN DEL SOLICITANTE CON LA SEGURIDAD SOCIAL

 PENSIONISTA TRABAJADOR BENEFICIARIO

TIPO DE PLAZA QUE SE SOLICITA (6)

 RESIDENCIAL CENTRO DE DÍA ATENCIÓN AMBULATORIA

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD(*):

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como los facilitados para la elaboración de los informes preceptivos para la valoración del expediente.

Doy mi consentimiento al Imsero para que se consulten, por medios electrónicos, mis datos de:

- Identidad, al Servicio de Verificación y Consulta de Datos de Identidad
- Residencia, al Servicio de Verificación y Consulta de Datos de Residencia
- Situación de discapacidad
- Situación de dependencia

Quedo enterado/a de la obligación de comunicar, a la Dirección General del Imsero, cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo en los datos declarados.

Quedo enterado/a de las repercusiones que mi ingreso en el centro, pudieran tener en las prestaciones reconocidas con cargo al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a esta petición de plaza.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma:

(*) La ocultación o falsedad de los datos o informaciones, pueden ser consideradas motivo suficiente para el archivo del expediente o, en el supuesto de haber ingresado en un centro, la expulsión del mismo, previa resolución motivada por el órgano competente.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos facilitados serán tratados informáticamente y que no podrán utilizarse con fines distintos a la gestión de esta solicitud, en aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Serán incluidos en un fichero del que es Titular el Imsero, CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, una vez que esté debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos. El Imsero, CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE utilizará los datos de carácter personal facilitados para prestarle el servicio solicitado, y desarrollar la gestión administrativa derivada del mismo. Además podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a dicho Centro, en la c/Terrateig, 5, 46015 Valencia.

SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DEL IMSERSO

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN

Escriba con claridad para evitar errores de interpretación, a ser posible en ordenador o con letras mayúsculas.

1. Datos de la persona solicitante:

Se deberán cumplimentar todos los apartados referidos a la persona solicitante.

2. Del representante o persona de contacto:

En caso de que se solicite la admisión de una persona sin capacidad suficiente de obrar, 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. Tipo de discapacidad: Indíquese si es:

- a) Física
- b) Sensorial
- c) Física y/o sensorial
- d) Intelectual
- e) Intelectual con discapacidades físicas asociadas

Grado de discapacidad: Indique el grado que tienen reconocido

4. Grado de dependencia: Si tiene reconocida situación de dependencia indique el grado y marque con una "X" si tiene servicio o prestación solicitada o reconocida, señalando, en su caso, el tipo de servicio o prestación y la fecha de efectividad.

5. Si se encuentra atendido actualmente en centro o servicio: marque con una "X" si es público o privado. Si es privado insique si el centro o servicio cuenta con financiación pública, a través de concierto público u otra financiación.

6. Tipo de plaza que se solicita:

Señale con una "X" la modalidad elegida. Todas las plazas son de estancia temporal.

Documentos que deben acompañar a la solicitud.

Aquellos documentos para los que se ha dado el consentimiento para su consulta, no es necesario aportarlos

- Fotocopia del DNI/NIE
- Fotocopia tarjeta Seguridad Social
- Fotocopia Certificado de discapacidad (en caso de que la tenga reconocida)
- Fotocopia Grado de Dependencia (en caso de que la tenga reconocida)
- Fotocopia del Servicio o Prestación de Dependencia concedido (en caso de que la tenga reconocida)
- Informe social
- Informe medico atención primaria
- Informe medico donde figure el diagnóstico sobre salud mental

En caso de Representante Legal: Fotocopia del DNI/NIE representante Documento Acreditativo

A CUMPLIMENTAR POR LA UNIDAD COMPETENTE EN LA QUE SE PRESENTE LA SOLICITUD

SUPERVISADO CON FECHA Y PENDIENTE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN El/La funcionario/a FIRMA Fdo.	SUPERVISADO CON FECHA Y CONFORME El/La funcionario/a FIRMA Fdo.
--	---