

**CAMPAMENTOS DE VERÁN ESPECÍFICOS PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE****SOLICITUDE****DATOS DA PERSOA CON DISCAPACIDADE**

NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF	
DATA NACEMENTO	Nº CARTILLA SANITARIA	DOMICILIO: RÚA OU LUGAR		Nº	BLOQUE	PISO	PORTA
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE			
TELÉFONO/S			CORREO ELECTRÓNICO				

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN: O PAI/ A NAI _ , O TITOR/ A TITORA _ , O/A RESPONSABLE DO CENTRO: _

NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF	
DOMICILIO: NOME DA RÚA OU LUGAR		Nº, BLOQUE, PISO, PORTA		CÓDIGO POSTAL		LOCALIDADE	
TELÉFONO/S			FAX	CORREO ELECTRÓNICO			

DATOS DUN FAMILIAR OU PERSOA DE CONTACTO

NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF	
DOMICILIO: NOME DA RÚA OU LUGAR		Nº, PISO, LETRA		CONCELLO		PROVINCIA	
TELÉFONO/S			CORREO ELECTRÓNICO				

DESTINOS E DATAS SOLICITADAS

1º DESTINO:	DATA:
2º DESTINO:	DATA:

DATOS ESPECÍFICOS DA PERSOA CON DISCAPACIDADE



- Sinalar:
 - A porcentaxe de discapacidade que ten recoñecida: _____.
 - Se ten recoñecida axuda de terceira persoa?: non , si ; e/ou para mobilidade?: non , si .
 - En que ano e localidade se lle efectuaron estes recoñecementos: _____.
- Indicar:
 - A que tipo de centro asiste habitualmente
Denominación, localidade e
teléfono _____
.....
 - Se está interno no centro: non , si . En caso afirmativo, con que periodicidade vai ao seu domicilio: os fins de semana , cada 15 días , nas vacacións escolares , nunca .
 - Se ten título de familia numerosa: non , si , e/ou carné xove: non , si .
 - Se participou outros anos en campamentos deste tipo organizados por a Xunta de Galicia:
non , si . En que destinos _____ e anos _____.
 - Se participou outros anos en campamentos deste tipo organizados por outras entidades
non , si . En que destinos _____ e anos _____.

DATOS DE AUTONOMÍA PERSOAL

-
- Érguese e deitase só/soa?: Non Si precisa axuda
 - Come só/soa?: Non Si precisa axuda
 - Aséase só/soa?: Non Si precisa axuda
 - Vístese só/soa?: Non Si precisa axuda
 - Controla esfínteres?: Non Si precisa axuda
 - Utiliza cueiros?: Non Si . Cando?: Sempre , Solo pola noite
 - Presenta problemas de mobilidade? Non Si
 - Anda con dificultade e precisa axuda? Non Si .
 - É usuario/a de cadeira de rodas? Non Si ; É usuario/a de andador? Non Si
 - Características especiais, necesidades e ou apoios que precisa:



- Outros datos que queira facer constar:

A PERSOA SOLICITANTE OU QUEN EXERCE A SÚA REPRESENTACIÓN

DECLARA que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos e que a documentación que se acompaña está vixente.

AUTORIZA a tomar as decisións médico-cirúrxicas que fose preciso adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a adecuada dirección facultativa. SI NON .

È COÑECEDORA dos requisitos para participar no programa e das condicións nas que se desenvolve, así como de que se terá que facer cargo da persoa con discapacidade se esta non se adaptase ao funcionamento das actividades do destino adxudicado.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU SE DECLARA ESTAR EN PODER DA ADMINISTRACIÓN

- Copia do DNI ou NIE (só no caso de non autorizar a súa consulta).
- Certificado de empadramento (só no caso de non autorizar a súa consulta).
- Copia do documento acreditativo da representación legal da persoa solicitante.
- Certificado do grao de discapacidade da persoa interesada (só no caso de non autorizar a súa consulta).
- Informe/s médico/s actualizado.
- Copia do libro de familia e ou do carné xove, se é o caso.
- Outra que considere relevante.

Autorizo á Consellería de Política Social a consultar os datos de identidade da persoa solicitante no sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde do 7 de xullo de 2009 da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo á Consellería de Política Social a consultar os datos de residencia da persoa solicitante no sistema de verificación de datos de residencia do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde do 7 de xullo de 2009 da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)



Autorizo á Consellería de Política Social a consultar os datos de discapacidade do/a fillo/a ou persoa tutelada que obran no seu poder, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia, cuxa finalidade é a xestión e rexistro deste procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a: sxt.politicasocial@xunta.es.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU DE QUEN EXERCE A SÚA REPRESENTACIÓN

Lugar e data

, de de 2016

Consellería de Política Social
Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade
Edificio Administrativo de San Caetano, s/n.
15781 Santiago de Compostela. A Coruña.