



Nº de Solicitud:

**ACTUACIONES DE TURISMO Y TERMALISMO PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD – CONVOCATORIA DEL 2017****FICHA-SOLICITUD****1. DATOS DE LA ACTUACIÓN (Cumpliméntese sólo la actuación elegida)**

Vacaciones y turismo naturaleza: Termalismo:

Localidad y provincia del/de los turno/s solicitados: _____

Fecha de dicho/s turno/s: _____

2.- DATOS PERSONALES

Apellidos y nombre: _____ D.N.I. _____

F. Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ Tlf: _____

Tlf. Móvil: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P. _____ Prov. _____

Dirección correo electrónico: _____

3.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL / GUARDADOR DE HECHO

Apellidos y Nombre: _____

Relación con solicitante: _____ N.I.F. _____

Domicilio: _____

Tlfno : _____ Localidad y provincia: : _____

4.- PROCEDENCIA (Indíquese si la persona solicitante es, o no es socia de la entidad)

La persona es socia de la entidad - o acude al Centro- con la que viaja:

La persona no es socia de la entidad -o no acude al Centro- con el que viaja:

5.- ACOMPAÑANTE (Persona mayor de dieciséis años que ayuda durante el viaje al/la solicitante en las actividades de la vida diaria)

Apellidos y Nombre: _____

D.N.I. : _____ Relación con solicitante: _____

6.- DATOS DE LA DISCAPACIDAD (cumplimentar todas las casillas necesarias)

Grado de discapacidad: _____ % Tipo Discapacidad: : Física Intelectual

Sensorial: Mixta: Enfermedad mental

¿Necesita silla de ruedas? NO Si ¿Manual? ¿Eléctrica?

Otras necesidades de apoyo _____

7. DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA (U.E.C.) de la que dependa económicamente el/la solicitante

¿Es económicamente independiente?: Sí NO: Indicar el número de miembros de la Unidad Económica incluido el solicitante:

¿Es miembro de familia numerosa?: NO: Sí: Familia categoría general:

Familia categoría especial:

**8.- RECURSOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA (U.E.C.)
(de la que depende económicamente el/la solicitante)**

Intervalos para incluir los ingresos económicos mensuales:	Ingresos económicos personales mensuales: (caso de solicitante que viva independiente)	Ingresos totales mensuales de la Unidad familiar dividido entre el número de miembros (incluido el solicitante)
Hasta 369,00 €:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 370,00 a 533,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 534,00 a 554,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 555,00 a 597,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 598,00 a 638,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 639,00 a 957,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 957,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta 7.747,00 € de ingresos en el año de toda la U.E.C.:		

9.-PROHIBICIÓN DE SUBVENCIÓN/PLAZA EN MÁS DE UN TURNO POR CONVOCATORIA: Entre el 01/06/2017 y el 31/05/2018 ningún beneficiario podrá viajar con subvención de plaza en más de un turno (ni con la misma entidad ni con otra subvencionada en la convocatoria 2017).

¿Participó en la convocatoria 2016 (del 01/06/2016 al 31/05/2017)? No:

Sí: Fecha en la que participó: _____
Entidad con la que viajó: _____

Tipo de actuación en la que participó: Vacaciones Termalismo

10.- CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Tipo de discapacidad: _____

Tiene afectada la vista:	<input type="checkbox"/>	Controla esfínteres (día/noche)	<input type="checkbox"/>
Tiene afectado el oído:	<input type="checkbox"/>	Utiliza sonda:	<input type="checkbox"/>
Tiene afectado el habla:	<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para ducharse:	<input type="checkbox"/>
Tiene afectados los brazos:	<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para uso W.C.:	<input type="checkbox"/>
Tiene afectadas las piernas:	<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para vestirse:	<input type="checkbox"/>
Utiliza bastones:	<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para comer:	<input type="checkbox"/>
Utiliza andador:	<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para deambular:	<input type="checkbox"/>
Utiliza aparato ortopédico:	<input type="checkbox"/>	Necesita régimen alimenticio	<input type="checkbox"/>
Utiliza silla de ruedas:	<input type="checkbox"/>	Padece mareos	<input type="checkbox"/>
Utiliza silla de ruedas eléctrica:	<input type="checkbox"/>	Toma medicación	<input type="checkbox"/>
Utiliza scooter:	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>
¿Anclada la silla en el autocar?:	<input type="checkbox"/>	Se levanta de la silla	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño (CEPAP):...	<input type="checkbox"/>	Medida de la Silla Alto/Ancho/Largo	<input type="checkbox"/>

¿De qué tipo? _____
¿De qué tipo? _____
¿De qué tipo? _____
¿De qué tipo? _____
¿De qué tipo? _____
¿De qué tipo? _____

La persona acepta las condiciones del viaje de este modelo y las instrucciones del Anexo I.

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

(Firma del/la solicitante, o en su caso, del representante legal, o del guardador de hecho)

Datos a rellenar por la Entidad

Entidad subvencionada:	COCEMFE	Nº de Turno:	<input type="checkbox"/>
Entidad ejecutante del turno:	COCEMFE		
Importe total Cuota participación beneficiario/acompañante:	_____ €	% sobre el coste/plaza/día: (entre el 20 y el 60 por 100 del coste/plaza):	_____ %
Descuento por familia numerosa:		Descuentos por recursos U.E.C. (-80% sobre cuota de participación)	
General:	_____ €	Especial:	_____ €

Los datos contenidos en esta solicitud no podrán utilizarse con finalidad distinta a la de la gestión de la actuación, en aplicación de los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.



Actuación cofinanciada por Fundación Once