

A DADES DEL SOL-LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE
CÓDIGO EXPEDIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
NÚM. SEGURETAT SOCIAL / Nº SEGURIDAD SOCIAL	LLOC DE NAIXEMENT / LUGAR DE NACIMIENTO	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
PERCEPCIONS DISCAPACITATS / PERCEPCIONES DISCAPACITADOS <input type="checkbox"/> LISMI <input type="checkbox"/> FAS <input type="checkbox"/> PNC <input type="checkbox"/> Orfandat / Orfandad <input type="checkbox"/> Invalidesa Invalidez	TIPUS DE DISCAPACITAT / TIPO DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intel·lectual Intelectual <input type="checkbox"/> Malaltia mental Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Sensorial	
TIPUS DE CENTRE QUE SOL·LICITA / TIPO DE CENTRO QUE SOLICITA <input type="checkbox"/> C. ocupacional C. ocupacional <input type="checkbox"/> CRIS <input type="checkbox"/> C. de dia / C. de día <input type="checkbox"/> Residència/CEEM / Residencia/CEEM <input type="checkbox"/> C. estimulació precoç C. estimulación precoz <input type="checkbox"/> Habitatge tutelat Vivienda tutelada		

**B GUARDADOR DE FET - PERSONA DE CONTACTE
GUARDADOR DE HECHO - PERSONA DE CONTACTO**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
RELACIÓ AMB EL SOL-LICITANT / RELACIÓN CON EL SOLICITANTE		
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

**C DADES DE LA UNITAT FAMILIAR
DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

COGNOMS, NOM APELLIDOS, NOMBRE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	PARENTIU PARENTESCO	PROFESSIÓ PROFESIÓN	ALTRES SITUACIONS (Parats, estudiants) OTRAS SITUACIONES (Parados, estudiantes)	INGRESSOS ANUALS INGRESOS ANUALES

D DOMICILI A EFECTES DE NOTIFICACIONS / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA
	TELÈFON / TELÉFONO

E DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Declare que són certes totes les dades que antecedixen, així com les facilitades per a l'elaboració dels informes preceptius per a la valoració de l'expedient, i sóc conscient que l'ocultació o falsedat en estes pot ser motiu suficient per a la cancel·lació de l'expedient o l'expulsió del centre, en el supòsit d'haver sigut admés.

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.

_____, ____ d _____ de _____
Firma del sol·licitant i/o el representant / Firma del solicitante y/o el representante

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

A DADES DEL SOL-LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE
CÓDIGO EXPEDIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
NÚM. SEGURETAT SOCIAL / Nº SEGURIDAD SOCIAL	LLOC DE NAIXEMENT / LUGAR DE NACIMIENTO	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
PERCEPCIONS DISCAPACITATS / PERCEPCIONES DISCAPACITADOS <input type="checkbox"/> LISMI <input type="checkbox"/> FAS <input type="checkbox"/> PNC <input type="checkbox"/> Orfandat / Orfandad <input type="checkbox"/> Invalidesa Invalidez	TIPUS DE DISCAPACITAT / TIPO DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intel·lectual Intelectual <input type="checkbox"/> Malaltia mental Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Sensorial	
TIPUS DE CENTRE QUE SOL·LICITA / TIPO DE CENTRO QUE SOLICITA <input type="checkbox"/> C. ocupacional C. ocupacional <input type="checkbox"/> CRIS <input type="checkbox"/> C. de dia / C. de día <input type="checkbox"/> Residència/CEEM / Residencia/CEEM <input type="checkbox"/> C. estimulació precoç C. estimulación precoz <input type="checkbox"/> Habitatge tutelat Vivienda tutelada		

**B GUARDADOR DE FET - PERSONA DE CONTACTE
GUARDADOR DE HECHO - PERSONA DE CONTACTO**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
RELACIÓ AMB EL SOL-LICITANT / RELACIÓN CON EL SOLICITANTE		
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

**C DADES DE LA UNITAT FAMILIAR
DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

COGNOMS, NOM APELLIDOS, NOMBRE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	PARENTIU PARENTESCO	PROFESSIÓ PROFESIÓN	ALTRES SITUACIONS (Parats, estudiants) OTRAS SITUACIONES (Parados, estudiantes)	INGRESSOS ANUALS INGRESOS ANUALES

D DOMICILI A EFECTES DE NOTIFICACIONS / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
	TELÈFON / TELÉFONO

E DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Declare que són certes totes les dades que antecedixen, així com les facilitades per a l'elaboració dels informes preceptius per a la valoració de l'expedient, i sóc conscient que l'ocultació o falsedat en estes pot ser motiu suficient per a la cancel·lació de l'expedient o l'expulsió del centre, en el supòsit d'haver sigut admés.

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.

_____, ____ d _____ de _____
Firma del sol·licitant i/o el representant / Firma del solicitante y/o el representante

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

E INSTRUCCIONS PER A OMLIR LA SOL.LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

TRAMITACIÓ: Es tramitarà a través dels centres municipals de servicis socials.

DOCUMENTS QUE HAN D'ACOMPANYAR A LA SOL.LICITUD:

En tots els casos:

- Fotocòpia del DNI del sol·licitant.
- Fotocòpia del DNI del representant.
- Fotocòpia del Certificat de Minusvalidesa.
- Fotocòpia dels ingressos familiars.

Per a centre ocupacional / centre dia:

- Informe psicopedagògic emés pel centre d'educació especial, SPES de la zona.
- Si no n'hi ha, informe social.

Per a CRIS:

- Informe clínic/psiquiàtric actualitzat realitzat per la unitat de salut mental corresponent.
- Si no n'hi ha, informe social.

Residència:

Per a persones amb discapacitat psíquica o física:

- Informe social annex XI.
- Informe mèdic annex XII.

Per a malalts mentals:

- Informe social annex XI.
- Informe clínic/psiquiàtric, actualitzat realitzat per la unitat de salut mental corresponent.

(Informes realitzats per la unitat de salut corresponent)

LLOC DE PRESENTACIÓ:

En les direccions territorials de Benestar Social en:

VALÈNCIA:	Av. Baró de Càrcer, 36	CP: 46001
CASTELLÓ DE LA PLANA:	Av. Hermanos Bou, 81.	CP: 12003
ALACANT:	Rambla Méndez Núñez, 41	CP: 03001

TRAMITACIÓN: Se tramitará a través de los centros municipales de servicios sociales.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD:

En todos los casos:

- Fotocopia del DNI del solicitante.
- Fotocopia del DNI del representante.
- Fotocopia del Certificado de Minusvalía.
- Fotocopia de los ingresos familiares.

Para centro ocupacional / centro día:

- Informe psicopedagógico emitido por el centro de educación especial, SPES de la zona.
- En su defecto, informe social.

Para C.R.I.S.:

- Informe clínico/psiquiátrico actualizado realizado por la unidad de salud mental correspondiente.
- En su defecto, informe social.

Residencia:

Para personas con discapacidad psíquica o física:

- Informe social anexo XI.
- Informe médico anexo XII.

Para enfermos mentales:

- Informe social anexo XI.
- Informe clínico/psiquiátrico, actualizado realizado por la unidad de salud mental correspondiente.

(Informes realizados por la unidad de salud correspondiente)

LUGAR DE PRESENTACIÓN:

En las direcciones territoriales de Bienestar Social en:

VALENCIA:	Avda. Barón de Cárcer, 36	CP: 46001
CASTELLÓN DE LA PLANA:	Av. Hermanos Bou, 81.	CP: 12003
ALICANTE:	Rambla Méndez Núñez, 41	CP: 03001