



Nº de Solicitud:

**TURISMO Y TERMALISMO**  
**PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - 2010**

**FICHA-SOLICITUD**

**1. DATOS DE LA ACTUACIÓN (Cumplimentese sólo la actuación elegida)**

Vacaciones y turismo naturaleza:  Turismo cultural ámbito U.E.  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.Nacim: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Tlf. Móvil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Dirección correo electrónico: \_\_\_\_\_

**3.- 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:

**4.- ACOMPAÑANTE (Persona mayor de dieciséis años que ayuda durante el viaje al discapacitado en las actividades de la vida diaria)**

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I. : \_\_\_\_\_ Relación con solicitante: \_\_\_\_\_

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

Grado de discapacidad: \_\_\_\_\_ %

Tipo de discapacidad : Física  Intelectual  Sensorial

Mixta  Enfermedad mental

**6. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA (la de residencia del/la solicitante)**

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

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

Familia categoría especial:

Continúa al dorso →

**7.- RECURSOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA (U.F.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 336,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 337,00 a 505,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 506,00 a 527,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 528,00 a 652,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 653,00 a 697,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 698,00 a 1.045,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 1.045,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hasta 7.062,93 € de ingresos en el año de toda la U.F.C.:</b>		

**8.- PARTICIPACIÓN EN OTROS VIAJES: Entre el 01/06/2010 y el 31/05/2011 no se podrá viajar en más de un turno ni con otra entidad subvencionada en la convocatoria 2010**

¿Participó en la convocatoria 2009 (del 12/06/2009 al 31/05/2010)?: No:

Sí:  Fecha en la que participó: \_\_\_\_\_  
Entidad con la que viajó: \_\_\_\_\_

Tipo de actuación en la que participó: Vacaciones  Termalismo  Turismo cultural U.E.

**9.- 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"/>		
Medidas silla /scooter (ancho/largo) _____ x _____			

¿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** N° de Turno:

Entidad ejecutante del turno: **COCEMFE**

Importe total Cuota participación beneficiario/acompañante: \_\_\_\_\_ € % sobre el coste/plaza/día: (entre el 20 y el 50 por 100 del coste/plaza): \_\_\_\_\_ %

Descuento por familia numerosa: \_\_\_\_\_ € Descuentos por recursos U.F.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 el IMERSO y por Fundación Once