



Nº de solicitud

COCEMFE

**ACTUACIONES DE TURISMO Y TERMALISMO PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD - CONVOCATORIA DEL 2018****FICHA - SOLICITUD****1. DATOS DE LA ACTUACIÓN (Cumplimentese sólo la actuación elegida)**

Vacaciones y turismo naturaleza: Termalismo:
Localidad y provincia del/de los turno/s solicitados (*): _____
Fecha de dicho/s turno/s (*): _____
(* Indicar todos los turnos deseados)

2. DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Apellidos y nombre: _____ D.N.I.: _____
F. Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: ____ Tif.: _____ Tif. Móvil: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____
Dirección correo electrónico: _____

3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL / GUARDADOR DE HECHO

Apellidos y nombre: _____
Relación con el solicitante: _____ D.N.I.: _____
Domicilio: _____
Tif.: _____ 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: _____ Tif.: _____
D.N.I.: _____ Relación con el 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 Sí ¿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 370,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 371,00 a 538,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 539,00 a 555,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 556,00 a 598,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 599,00 a 640,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 641,00 a 959,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 959,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta 7.768,00 € de ingresos en el año de toda la U.E.C.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. PROHIBICIÓN DE SUBVENCIÓN / PLAZA EN MÁS DE UN TURNO POR CONVOCATORIA: Entre el 13/06/2017 y el 13/06/2018 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 2018)

¿Participó en la convocatoria 2017 (del 13/06/2017 al 13/06/2018)? No:

Sí: Fecha en la que participó: _____

Entidad con la que viaja: _____

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"/>	¿De qué tipo? _____
Utiliza bastones: <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para comer: <input type="checkbox"/>	¿De qué tipo? _____
Utiliza andador: <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para deambular: <input type="checkbox"/>	¿De qué tipo? _____
Utiliza aparato ortopédico: <input type="checkbox"/>	Necesita régimen alimenticio: <input type="checkbox"/>	¿De qué tipo? _____
Utiliza silla de ruedas: <input type="checkbox"/>	Padece mareos: <input type="checkbox"/>	¿De qué tipo? _____
Utiliza silla de ruedas eléctrica: <input type="checkbox"/>	Toma medicación: <input type="checkbox"/>	¿De qué tipo? _____
Utiliza scooter: <input type="checkbox"/>	Alergias: <input type="checkbox"/>	¿De qué tipo? _____
¿Anclada la silla en el autocar? <input type="checkbox"/>	Se levanta de la silla	
Apnea del sueño (CEPAP) <input type="checkbox"/>	Medida de la silla Alto/Ancho/Largo _____ x _____ x _____ Kg. _____	

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

....., a de de 20

(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="text"/>
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: General: _____ € Especial: _____ €	Descuentos por recursos U.E.C. (-80% sobre cuota de participación) _____ €

