

# 2020 Programa de vacaciones

octubre



ACTUACIONES DE TURISMO Y TERMALISMO IMSERSO - COCEMFE. CONVOCATORIA 2019



## PLAYAS, TURISMO DE INTERIOR Y NATURALEZA

Turno 11	01-08/10/2020	Salou (Tarragona)	H. Vila Romana **** NOVEDAD	165€	
Turno 12	01-08/10/2020	Islantilla (Huelva)	H. Ilunión Islantilla ****	165€	
Turno 13	06-13/10/2020	Lloret de Mar (Girona)	H. Ght. Oasis Park & Spa ****	165€	
Turno 14	11-18/10/2020	La Manga del Mar Menor (Murcia)	H. Entremares ****	165€	
Turno 15	12-19/10/2020	El Grau de Castelló (Castellón)	H. del Golf Playa ****	165€	
Turno 16	14-21/10/2020	Torremolinos (Málaga)	H. Smy Costa del Sol ****	165€	
Turno 17	18-25/10/2020	La Manga del Mar Menor (Murcia)	H. Entremares ****	165€	
Turno 18	20-27/10/2020	Corvera/Avilés (Asturias)	H. Zen Balagares ****	165€	
Turno 19	25/10-01/11/20	Almuñécar (Granada)	H. Bahía Tropical ****	165€	

Debido a la pandemia de COVID-19, estos viajes podrán ser anulados o modificados en su destino, fechas y otras condiciones.



## TODOS LOS TURNOS INCLUYEN:

- Habitación doble compartida.
- **Hotel accesible** (no adaptado) en régimen de pensión completa.
- No se garantiza la adjudicación de habitaciones adaptadas.
- **Seguro de viaje.**
- Monitores de **apoyo** para el grupo durante todo el viaje (dinamización de estancia, excursiones, actividades, etc.)
- **Transporte adaptado** durante todo el viaje en los turnos de península.
- En los turnos de islas incluye billete de avión en línea regular desde Madrid y transporte adaptado Aeropuerto-Hotel-Aeropuerto.
- Los turnos de termalismo incluyen consulta médica y tratamiento termal personalizado para los beneficiarios, y acceso al Spa para todos los participantes.
- Bebidas: agua y/o vino.
- En los turnos de islas, habrá excursiones obligatorias que deberán ser abonadas por adelantado a la vez que el pago del viaje.
- En el turno de nieve, habrá tres días de actividades de esquí integradas en el precio final. Este turno incluye: monitores/as y clases de esquí, forfait, esquís, botas, casco, bastones, silla adaptada y estabilos para las personas que lo necesiten. Ropa, gafas y guantes no incluidos.

## Condiciones generales

### BENEFICIARIOS

- Personas que acrediten un grado de discapacidad física u orgánica igual o superior al 33%, teniendo prioridad aquellos que superen el 50%.
- Ser mayor de 16 años. Autorización del padre, madre o tutor en caso de menores de edad.
- Pueden asistir con carácter excepcional los hijos de los beneficiarios menores de 16 años, siempre que se justifique la imposibilidad de poder viajar sin su compañía.
- \*El acompañante (\*persona sin discapacidad) será quien participa en el turno acompañando a la persona con discapacidad beneficiaria y, en caso necesario, asistiéndola en las actividades de la vida diaria.

### DOCUMENTACIÓN

- Cumplimentar solicitud adjunta (**IMPRESCINDIBLE ENVIAR SOLICITUD ORIGINAL Y FIRMADA**).
- Fotocopia del certificado de discapacidad completo (los acompañantes que dispongan de certificado de discapacidad tendrán que viajar como beneficiarios).
- Fotocopia de D.N.I. por ambas caras (Beneficiario y Acompañante).
- Fotocopia del título de Familia numerosa (en caso de estar en dicha situación).
- En caso de Unidad Económica de Convivencia (U.E.C.) con ingresos iguales o inferiores a 8.232,10 €, copia última declaración de la renta, certificado de empadronamiento, fotocopias de nóminas, prestaciones sociales públicas (pensiones, hijo a cargo, prestación o subsidio del INEM, etc) y justificantes de ingresos derivados de rentas sobre bienes muebles y/o inmuebles.
- Formulario de autorización de uso de datos personales.

No serán tenidas en cuenta las solicitudes que no sean originales, vayan firmadas y acompañadas de toda la documentación vigente, aunque la hayan mandado en años anteriores.

### SOLICITUDES

Deberán ser remitidas a:

COCEMFE - Área de Turismo Inclusivo

Dirección postal: C/ Eugenio Salazar, 2 - 28002 - MADRID

### PLAZO DE PRESENTACIÓN:

### MES Y MEDIO DE ANTELACIÓN A LA FECHA DE SALIDA.

### FORMA DE PAGO

El pago será efectuado en los 7 días siguientes a la fecha de confirmación de la plaza, mediante transferencia bancaria a:

COCEMFE LA CAIXA - IBAN ES15 2100 1570 74 0200150916



**COCEMFE**

Información COCEMFE:  
(Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica)  
**Área de Turismo Inclusivo**  
C/ Eugenio Salazar, 2 - 28002 Madrid  
Telf: 914 13 80 01 Fax: 914 16 99 99  
turismoinclusivo@cocemfe.es  
www.cocemfe.es



### IMPORTANTE

Si necesita alojamiento en Madrid la noche anterior y/o posterior a la fecha de salida deberá comunicarlo al solicitar la plaza del viaje (teniendo ésta un incremento sobre el coste de la plaza).

Los acompañantes abonarán el mismo precio que los beneficiarios, a excepción de balnearios.

Las personas que hayan viajado en el presente año con alguna entidad que tenga programa de vacaciones subvencionado por IMSERSO, no podrán viajar con esta Confederación (el incumplimiento de esta norma llevará a la reclamación por parte de COCEMFE del coste real de la plaza).

Todas las salidas de los turnos se efectuarán desde Madrid, salvo excepciones del programa.

El Área de Turismo Inclusivo solo se pondrá en contacto con las personas seleccionadas para cada turno, sin necesidad de avisar a aquellas personas a las que no se les conceda la plaza solicitada.

### EN CASO DE ANULACIÓN

El usuario podrá dejar sin efecto los servicios solicitados o contratados, teniendo derecho a la devolución de las cantidades que hubiese abonado, pero deberá indemnizar a COCEMFE en las cuantías que a continuación se indican, salvo que tal resolución tenga lugar por causa de fuerza mayor:

- Abonará los gastos de gestión, los de anulación, si los hubiere, y una penalización consistente en el 5 por ciento del importe total del viaje, si la cancelación se produce con más de diez y menos de quince días de antelación a la fecha del comienzo del viaje; el 15 por ciento entre los días tres y diez, y el 25 por ciento dentro de las cuarenta y ocho horas anteriores a la salida.
- En el caso de que el viaje combinado estuviera sujeto a condiciones económicas especiales de contratación, tales como flete de aviones, buques o tarifas especiales, los gastos de cancelación se establecerán de acuerdo con las condiciones acordadas entre las partes.

De no presentarse a la salida, el usuario está obligado al pago del importe total del viaje, abonando, en su caso, las cantidades pendientes salvo acuerdo entre las partes en otro sentido.

### SEGURO DE VIAJE

Compañía Aseguradora MAPFRE - Incluye:

- Transporte sanitario de heridos o enfermos.
- Desplazamiento y alojamiento de un familiar junto al asegurado hospitalizado.
- Transporte del asegurado fallecido.
- Accidente en el medio de transporte.
- Responsabilidad Civil Privada.

**Programa sujeto a cambios sin previo aviso. Todos los precios y condiciones son válidos salvo error tipográfico o informático.**



COCEMFE

Nº de solicitud

## ACTUACIONES DE TURISMO Y TERMALISMO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - CONVOCATORIA DEL IMSERSO 2019

### **FICHA - SOLICITUD**

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

Vacaciones y turismo naturaleza: <input type="checkbox"/>	Termalismo: <input type="checkbox"/>
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: _____ Tlf.: _____	Tlf. 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: _____	
Tlf.: _____	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:	<input type="checkbox"/>
La persona no es socia de la entidad - o no acude al Centro - con el que viaja:	<input type="checkbox"/>

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

Apellidos y Nombre: _____	Tlf.: _____
D.N.I.: _____	Relación con el solicitante: _____

#### **6. DATOS DE LA DISCAPACIDAD (Cumplimentar todas las casillas necesarias)**

Grado de discapacidad: _____ %	Tipo Discapacidad: Sensorial: <input type="checkbox"/>	Física: <input type="checkbox"/>	Intelectual: Mixta: <input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental: <input type="checkbox"/>
¿Necesita silla de ruedas?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	¿Manual? <input type="checkbox"/>	¿Eléctrica? <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indicar el número de miembros de la Unidad Económica incluido el solicitante: <input type="checkbox"/>
¿Es miembro de familia numerosa?: No <input type="checkbox"/> Sí: _____	Familia categoría general: <input type="checkbox"/> Familia categoría especial: <input type="checkbox"/>

>> **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 vive independiente)	Ingresos totales mensuales de la Unidad familiar dividido entre el número de miembros (incluido el solicitante)
Hasta 392,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 393,00 a 548,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 549,00 a 588,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 589,00 a 633,70 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 634,00 a 677,40 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 678,00 a 1.016,10 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 1.017,00 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta 8.232,10 € 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 02/10/2019 y el 09/03/2020 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 2019)

¿Participó en la convocatoria 2018 (del 29/06/2018 al 30/09/2019)?: No: <input type="checkbox"/>		
Sí: <input type="checkbox"/> Fecha en la que participó: _____		
Entidad con la que viajó: _____		
Tipo de actuación en la que participó: _____	Vacaciones: <input type="checkbox"/>	Termalismo: <input type="checkbox"/>

**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: <input type="checkbox"/>	
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="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: _____ €

Actuación cofinanciada por el IMSERSO y Fundación ONCE



Sus datos de carácter personal han sido recogidos de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas y en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de los mismos.

Ponemos en su conocimiento que estos datos se encuentran almacenados en un fichero del que es responsable COCEMFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica). De acuerdo con la Ley anterior, usted tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación, oposición y portabilidad de manera gratuita mediante correo electrónico a: derechoslop@cocemfe.es con la referencia (Ref. LOPD), indicando su nombre apellidos, razón social y CIF, o bien en la dirección: COCEMFE, C/ Luis Cabrera, 63 – 28002 Madrid. Sin perjuicio de cualquier otro recurso administrativo o acción judicial, tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control, en particular ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), si considera que el tratamiento de datos personales que le conciernen infringe el RGPD.