

SOLICITUD DE PLAZA DEL PROGRAMA DE TERMALISMO SALUDABLE

1. Apellidos del solicitante (en matrimonios indicar el cónyuge que percibe la pensión, en caso que solo uno la perciba)				2. Nombre de la persona solicitante			
3. Sexo de la persona solicitante		4. Estado Civil de la persona solicitante		5. N° del NIF del solicitante		6. Fecha de nacimiento del solicitante	
						Día Mes Año	
7. Domicilio (calle, número, escalera y piso)				8. N° del teléfono		9. N° del teléfono móvil	
10. N° del FAX		11. Localidad del domicilio				12. Cód. Postal	
13. Provincia del domicilio				14. Correo electrónico			
15. Apellidos del cónyuge				16. Nombre del cónyuge			
17. Sexo del cónyuge		18. N° del NIF del cónyuge		19. Fecha de nacimiento del cónyuge			
				Día Mes Año			
20. FAMILIAS NUMEROSAS.- Tipo de familia numerosa				21. FAMILIAS NUMEROSAS.- NUMERO DE CARNET EN VIGOR			
Si Vd. desea se valore su pertenencia a Familia Numerosa, deberá adjuntar, junto con la solicitud, una fotocopia del Carnet de Familia Numerosa vigente							

22. Cumplimentar solo en el supuesto de que quiera unir su solicitud a la de otra persona		Nombre de la persona titular de la otra solicitud	
Apellidos de la persona titular de la otra solicitud			
N° NIF de la persona titular de la otra solicitud			
Para unir la solicitud a la de otra persona, la otra persona debe cumplimentar igualmente su solicitud e indicar que también ella quiere unir su solicitud a la de Vd. Asimismo, deberá pedir los mismos balnearios y meses que Vd. y por el mismo orden de preferencia.			

23. BALNEARIOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA			
1.º		2.º	
3.º		4.º	
Vd. puede señalar hasta cuatro balnearios concretos o bien hasta cuatro Comunidades Autónomas, entendiéndose, en este caso, que opta a todos los balnearios existentes en dichas Comunidades. Igualmente, puede combinar en su elección balnearios concretos y Comunidades Autónomas.			
24. ¿Para quién solicita las plazas?:		25. TIPO DE TURNO SOLICITADO	
Solo para la persona solicitante		Turno de 12 días de duración	
Solo para el cónyuge		Turno de 10 días de duración	
Para ambos cónyuges		Sin preferencia en la duración	
Marcar con una "X" para quien solicita VD. la plaza		Vd. puede optar a un turno de 12 días, o a un turno de 10 días o señalar sin preferencia. En el caso de no señalar nada se entenderá que opta a un turno de 12 días.	
26. MESES EN QUE DESEA DISFRUTAR DE PLAZA (Si el turno se desarrolla durante días de 2 meses, se considera que pertenece al mes en que transcurran más días del turno)			
1.º		2.º	
3.º		4.º	
Vd. puede señalar hasta cuatro meses concretos o bien indicar -"SIN PREFERENCIA". Igualmente, puede combinar meses concretos y, como última opción, "SIN PREFERENCIA".			

27. DATOS ECONÓMICOS			
DE LA PERSONA SOLICITANTE		DEL CÓNYUGE	
Clase de pensión		Clase de pensión	
(Jubilación, Invalidez, Viudedad, Orfandad, etc.)		(Jubilación, Invalidez, Viudedad, Orfandad, etc.)	
Cuantía mensual		Cuantía mensual	
Euros Cent.		Euros Cent.	
OTROS INGRESOS PERIÓDICOS DISTINTOS A LAS PENSIONES DE CUALQUIERA DE LOS CÓNYUGES			
(Salario del cónyuge en activo, Rentas de Capital o Agrarias, Alquileres, etc.) - CUANTÍA MEDIA MENSUAL : Euros.			

PARA COMPLETAR SU SOLICITUD DEBE CUMPLIMENTAR NECESARIAMENTE LA DECLARACIÓN REFLEJADA AL DORSO

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en el fichero para la gestión del Programa de Termalismo Saludable del IMSERSO, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas al mismo; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal.

De conformidad con lo establecido en el art. 5.1.d) de la Ley citada, la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el IMSERSO, órgano responsable del fichero, mediante escrito dirigido al mismo (Avda. de la Ilustración, con vuelta a c/ Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid).

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA PLAZA

D. /Dña.

con NIF número

DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "SI" o "NO")

Que presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "SI" o "NO")

Que padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "SI" o "NO")

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad:

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Reumatológico | <input type="checkbox"/> b) Respiratorio | <input type="checkbox"/> c) Digestivo |
| <input type="checkbox"/> d) Renal y vías urinarias | <input type="checkbox"/> e) Dermatológico | <input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico |

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a) Cadera o rodilla | <input type="checkbox"/> b) Columna | <input type="checkbox"/> c) Hombro |
| <input type="checkbox"/> d) Muñeca o mano | <input type="checkbox"/> e) Codo | <input type="checkbox"/> f) Tobillo o pie |

Que tengo o padezco:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme | <input type="checkbox"/> b) Dolor | <input type="checkbox"/> c) Deformidad | <input type="checkbox"/> d) Rigidez |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) | <input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.) | <input type="text"/> Número recaídas en los últimos doce meses |
|--|---|--|

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) ingresos en el hospital en el último año | <input type="checkbox"/> b) que tomar más de dos medicamentos diariamente | <input type="checkbox"/> c) muchos síntomas | <input type="checkbox"/> d) que tomar oxígeno diariamente. |
|--|---|---|--|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

- Doy mi consentimiento al Inmerso para que se consulten los datos:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> de identidad | <input type="checkbox"/> de residencia | <input type="checkbox"/> económicos | |
| | | a | de |
| | | | Firma |

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CÓNYUGE (rellenar, por el cónyuge, si se solicita plaza para él)

D. /Dña.

con NIF número

DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "SI" o "NO")

Que presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "SI" o "NO")

Que padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "SI" o "NO")

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad:

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Reumatológico | <input type="checkbox"/> b) Respiratorio | <input type="checkbox"/> c) Digestivo |
| <input type="checkbox"/> d) Renal y vías urinarias | <input type="checkbox"/> e) Dermatológico | <input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico |

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a) Cadera o rodilla | <input type="checkbox"/> b) Columna | <input type="checkbox"/> c) Hombro |
| <input type="checkbox"/> d) Muñeca o mano | <input type="checkbox"/> e) Codo | <input type="checkbox"/> f) Tobillo o pie |

Que tengo o padezco:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme | <input type="checkbox"/> b) Dolor | <input type="checkbox"/> c) Deformidad | <input type="checkbox"/> d) Rigidez |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) | <input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.) | <input type="text"/> Número recaídas en los últimos doce meses |
|--|---|--|

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) ingresos en el hospital en el último año | <input type="checkbox"/> b) que tomar más de dos medicamentos diariamente | <input type="checkbox"/> c) muchos síntomas | <input type="checkbox"/> d) que tomar oxígeno diariamente. |
|--|---|---|--|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

- Doy mi consentimiento al Inmerso para que se consulten los datos:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> de identidad | <input type="checkbox"/> de residencia | <input type="checkbox"/> económicos | |
| | | Firma | |

