



PROCEDEMENTO PROGRAMA "LEGER E BENESTAR" PARA PERSOAS MAIORES	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS607A	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	--------------------------------

MODALIDADES, DESTINOS E DATAS SOLICITADAS

MODALIDADE "BALNEARIOS"

Opción "todo incluído": sinala 3 destinos e datas por orde de preferencia

1º Destino Data:

2º Destino Data:

3º Destino Data:

Opción "só tratamento termal": sinala 3 destinos por orde de preferencia

1º Destino

2º Destino

3º Destino

MODALIDADE "PRAIA"

Sinala a data que lle interesa:

MODALIDADE "INTERCAMBIO"

Sinala o destino e a data que lle interesa:

DATOS DO/A SOLICITANTE

APELIDOS <input type="text"/>		NOME <input type="text"/>		DNI <input type="text"/>	
DATA DE NACEMENTO <input type="text"/>	ESTADO CIVIL <input type="text"/>	Nº SEGURIDADE SOCIAL <input type="text"/>	ENDEREZO (RÚA, NÚMERO E ANDAR) <input type="text"/>		
PROVINCIA <input type="text"/>	CONCELLO <input type="text"/>	LOCALIDADE <input type="text"/>			
CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>	TELÉFONO <input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>			

DATOS DO: CÓNXUXE ACOMPAÑANTE

APELIDOS <input type="text"/>		NOME <input type="text"/>		DNI <input type="text"/>	
DATA DE NACEMENTO <input type="text"/>	ESTADO CIVIL <input type="text"/>	Nº SEGURIDADE SOCIAL <input type="text"/>	ENDEREZO (RÚA, NÚMERO E ANDAR) <input type="text"/>		
PROVINCIA <input type="text"/>	CONCELLO <input type="text"/>	LOCALIDADE <input type="text"/>	CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>	TELÉFONO <input type="text"/>	

DATOS DO FAMILIAR OU PERSOA DE CONTACTO

APELIDOS <input type="text"/>		NOME <input type="text"/>		DNI <input type="text"/>	
ENDEREZO (RÚA, NÚMERO E ANDAR) <input type="text"/>		PROVINCIA <input type="text"/>		CONCELLO <input type="text"/>	
LOCALIDADE <input type="text"/>	CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>	TELÉFONO <input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		

Asistíu a algún turno do Programa de Turismo Social organizado pola Xunta de Galicia nos últimos anos:

SI En caso afirmativo indicar datas e destinos

NON

SOLICITA acollerse ao concepto de

- **Vodas de Ouro:**

SI En caso afirmativo indicar data da voda

NON

- **Prazas gratuítas**

SI

NON

DATOS ECONÓMICOS

A. RELATIVOS AO SOLICITANTE

Contía mensual líquida

Ingresos procedentes de: Pensións Outros

B. RELATIVOS AO CÓNXUXE ACOMPAÑANTE

Contía mensual líquida

Ingresos procedentes de: Pensións Outros

TOTAL DE INGRESOS LÍQUIDOS MENSUAIS (A + B)

DECLARACIÓN RESPONSABLE DA PERSONA SOLICITANTE

DON/DONA

CON NIF Nº

DECLARO RESPONSABLEMENTE (indicar "SI" ou "NON")

Que me vallo por min mesmo/a para as actividades da vida diaria: SI NON

Que presento alteracións do comportamento que impiden a convivencia nos establecementos termais ou turísticos: SI NON

Que padezo enfermidade infecto - contaxiosa, en fase activa: SI NON

Se respondeu afirmativamente, indicar a enfermidade:

Outros datos sanitarios de interese: tratamento farmacolóxico, dieta alimentaria, etc.:

DATOS COMPLEMENTARIOS SÓ PARA PRAZAS DE BALNEARIO

Que desexo acudir ao balneario para recibir tratamento (pode sinalar cun X ata dous tipos de tratamento)

a) Reumatolóxico

b) Respiratorio

c) Dixestivo

d) Renal e vías urinarias

e) Dermatolóxico

f) Neuropsíquico

Cubrir se sinalou que acode ao balneario a recibir tratamento reumatolóxico

Que teño afectadas as articulacións:

a) Cadeira ou xeonllo

b) Columna

c) Ombro

d) Pulso ou man

e) Cóbado

f) Nocello

Que teño ou padezo:

a) Dificultades para moverme

b) Dor

c) Rixidez

Cubrir se sinalou que acode ao balneario a recibir tratamento respiratorio

Que padezo enfermidades de:

a) Vías respiratorias altas (farinxite, sinusite, etc.)

b) Vías respiratorias baixas (bronquite, EPOC, etc.)

n° de recaídas nos últimos doce meses

Que, por estes problemas respiratorios teño:

a) Ingresos no hospital no último ano

b) Que tomo máis de 2 medicamentos ao día

c) Que tomo osíxeno a diario

Cubrir se sinalou que acode ao balneario a recibir tratamento dixestivo, renal e vías urinarias, dermatolóxico ou neuropsíquico

Indicar o número de recaídas que tivo nos últimos doce meses:

DECLARACIÓN RESPONSABLE DO CÓNXUSE OU ACOMPAÑANTE

DON/DONA	CON NIF Nº	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DECLARO RESPONSABLEMENTE (indicar "SI" ou "NON")		
Que me vallo por min mesmo/a para as actividades da vida diaria: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		
Que presento alteracións do comportamento que impiden a convivencia nos establecementos termais ou turísticos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		
Que padezo enfermidade infecto - contaxiosa, en fase activa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		
Se respondeu afirmativamente, indicar a enfermidade: <input type="text"/>		
Outros datos sanitarios de interese: tratamento farmacolóxico, dieta alimentaria, etc.:		
<input type="text"/>		
DATOS COMPLEMENTARIOS SÓ PARA PRAZAS DE BALNEARIO		
Que desexo acudir ao balneario para recibir tratamento (pode sinalar cun X ata dous tipos de tratamento)		
<input type="checkbox"/> a) Reumatolóxico	<input type="checkbox"/> b) Respiratorio	<input type="checkbox"/> c) Dixestivo
<input type="checkbox"/> d) Renal e vías urinarias	<input type="checkbox"/> e) Dermatolóxico	<input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico
Cubrir se sinalou que acode ao balneario a recibir tratamento reumatolóxico		
Que teño afectadas as articulacións:		
<input type="checkbox"/> a) Cadeira ou xeonllo	<input type="checkbox"/> b) Columna	<input type="checkbox"/> c) Ombro
<input type="checkbox"/> d) Pulso ou man	<input type="checkbox"/> e) Cóbado	<input type="checkbox"/> f) Nocello
Que teño ou padezo:		
<input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme	<input type="checkbox"/> b) Dor	<input type="checkbox"/> c) Rixidez
Cubrir se sinalou que acode ao balneario a recibir tratamento respiratorio		
Que padezo enfermidades de:		
<input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (farinxite, sinusite, etc.)		
<input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias baixas (bronquite, EPOC, etc.)		
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> nº de recaídas nos últimos doce meses		
Que, por estes problemas respiratorios teño:		
<input type="checkbox"/> a) Ingresos no hospital no último ano	<input type="checkbox"/> b) Que tomo máis de 2 medicamentos ao día	<input type="checkbox"/> c) Que tomo osíxeno a diario
Cubrir se sinalou que acode ao balneario a recibir tratamento dixestivo, renal e vías urinarias, dermatolóxico ou neuropsíquico		
Indicar o número de recaídas que tivo nos últimos doce meses: <input type="text"/>		

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑARÁ Á SOLICITUDE

- FOTOCOPIA DO DNI DO SOLICITANTE E DO CÓNXUXE OU ACOMPAÑANTE SE PROCEDE (NO CASO DE NON AUTORIZAR A CONSULTA).
- FOTOCOPIA COMPULSADA DO LIBRO DE FAMILIA NO CASO DE ACOLLERSE AO CONCEPTO DE VODAS DE OURO.
- INFORME SOCIAL RELATIVO AO SOLICITANTE E AO SEU CÓNXUXE OU ACOMPAÑANTE, SE PROCEDE, NO CASO DE ESTAR INTERESADO EN ACOLLERSE Á MODALIDADE DE PRECARIIDADE ECONÓMICA.

Declaro que son certos cantos datos anteceden e son coñecedor de que a falsidade ou ocultación deles, é motivo de anulación da presente solicitude, comprometéndome a xuntar aqueles informes e/ou xustificantes complementarios que me sexan requiridos para os efectos de valoración ou comprobación de datos presentados.

"De acordo co previsto no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro de protección de datos de carácter persoal (BOE nº 298 do 14 de decembro) infórmase que os datos incluídos nesta solicitude e documentación anexa, serán rexistrados en ficheiros automatizados, responsabilidade da Consellería de Traballo e Benestar, para a xestión de usuarios con acceso aos ficheiros con datos de carácter persoal, non estando prevista ningunha cesión de ditos datos. Os dereitos de acceso, rectificación, cancelación de datos e oposición poderanse realizar nos termos previstos na citada lei".

Autorizo á Consellería de Traballo e Benestar para que realice as consultas necesarias de ficheiros públicos para os únicos efectos de comprobar a veracidade dos datos declarados, así como obter directamente e polos medios telemáticos da Axencia Tributaria a información tributaria correspondente, relativa ao imposto sobre a renda das persoas físicas; así como a facilitarlle os meus datos de identificación ao establecemento termal, a efectos de chamamento para cobertura de vacantes.

Autorizo á consellería de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, de 23 de outubro e a orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, de 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos meus datos de identidade no Sistema de Verificación de Datos de Identidade do Ministerio de la Presidencia. SI NON

Lugar e data

, de de 20

Sinatura do solicitante

Sinatura do cónxuxe

Acompañante

Xefe/a Territorial de