

por el que se regulan los productos sanitarios; conjunto de datos básicos que figura como Anexo.

Segundo. A partir de que surta efecto la presente Resolución las tarjetas de implantación que se utilicen en cualquiera de los Centros del Servicio Andaluz de Salud deberán recoger obligatoriamente el conjunto de datos básicos que se incluyen en el Anexo que se cita en el apartado anterior.

Tercero. El ámbito para el que será obligatoria la utilización de la tarjeta de implantación será el definido para el Registro de Implantes Quirúrgicos del Servicio Andaluz de Salud, sin perjuicio del establecido por la Orden SCO/3603/2003, de 18 de diciembre, del Ministerio de Sanidad y Consumo, para los Registros Nacionales de Implantes. De este modo, la implantación de cualquiera de los productos incluidos en el Grupo 04. Prótesis Quirúrgicas del Catálogo de Productos y Materiales de consumo del Organismo exigirá la cumplimentación de la correspondiente tarjeta de implantación.

Cuarto. Conforme establecen las normas vigentes, la tarjeta, por triplicado ejemplar, se cumplimentará por el hospital donde se realizó la implantación. Uno de los ejemplares permanecerá archivado en la historia clínica del paciente, otro será facilitado al mismo y el tercero será remitido a la empresa suministradora del producto.

Quinto. Sin perjuicio de las normas relativas a los Registros Nacionales de Implantes, las empresas suministradoras inscribirán los datos de la tarjeta de implantación que les sean exigidos desde el Registro de Implantes Quirúrgicos del Servicio Andaluz de Salud, conforme a lo dispuesto en la Resolución de 3 de junio de 2004 (BOJA núm. 119, de 18 de junio).

Sexto. La presente Resolución surtirá efectos el día de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 22 de octubre de 2004.- El Director Gerente, Juan Carlos Castro Alvarez

#### A N E X O

#### CONJUNTO DE DATOS BASICOS DE LA TARJETA DE IMPLANTACION

1. Denominación comercial del producto.
2. Referencia del producto.
3. Número de lote o número de serie de fabricación.
4. Nombre de la empresa fabricante.
5. Dirección de la empresa fabricante.
6. Nombre del Centro sanitario donde se realizó la implantación.
7. Servicio, Sección o Unidad hospitalaria a la que está adscrito el cirujano implantador.
8. Fecha de la implantación.
9. Tipo de identificador del paciente (tarjeta sanitaria, DNI o pasaporte).
10. Número de identificación del paciente.

#### CONSEJERIA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

*ORDEN de 21 de octubre de 2004, por la que se aprueban los modelos de solicitudes de ingreso y traslado de centros residenciales de personas mayores, con plazas sostenidas con Fondos Públicos de la Administración de la Junta de Andalucía.*

La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, creada por el Decreto del Presidente 11/2004, de 24 de abril, tiene atribuida entre otras, las competencias en materia de desarrollo, coordinación y promoción de las políticas activas en materia de personas mayores, correspondiendo a su Dirección General de Personas Mayores, entre otras, las funciones relativas a la ordenación, gestión y coordinación de los Centros y Servicios de atención y protección a personas mayores.

Por otra parte, el Decreto 28/1990, de 6 de febrero, por el que se establecen los requisitos para ingreso y traslado en residencias para la tercera edad, establece, que las solicitudes de ingreso y traslado deberán ser formalizadas cumplimentando los impresos oficiales al efecto.

La presente Orden tiene por objeto establecer los referidos modelos oficiales.

En su virtud, a propuesta del Director General de Personas Mayores, de conformidad con el artículo 44.4 de la Ley 6/1983, de 21 de julio, del Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en relación con el Decreto 205/2004, de 11 de mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social,

#### D I S P O N G O

Artículo único. Aprobación solicitudes.

Se aprueban los modelos de solicitudes de ingreso y traslado en centros residenciales para personas mayores, con plazas sostenidas con fondos públicos de la Administración de la Junta de Andalucía, que se recogen en los Anexos 1 y 2 de la presente Orden.

Disposición derogatoria única. Normas derogadas.

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo establecido en esta Orden.

Disposición final primera. Instrucciones y medidas de ejecución.

Se faculta al titular de la Dirección General de Personas Mayores para dictar las instrucciones y adoptar las medidas necesarias de ejecución de la presente Orden.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 21 de octubre de 2004

MICAELA NAVARRO GARZON  
Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

**CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL**

**SOLICITUD**

**INGRESO EN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES**

Orden de ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha ..... )

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>	
1º. APELLIDO .....	2º. APELLIDO .....	NOMBRE .....
DNI/NIF .....	FECHA DE NACIMIENTO .....	SEXO ..... ESTADO CIVIL .....
DOMICILIO .....		LOCALIDAD .....
PROVINCIA .....	CP .....	TELÉFONOS .....

<b>2</b>	<b>DATOS DEL/DE LA ACOMPAÑANTE (A cumplimentar sólo en el caso de solicitud de plaza doble)</b>	
1º. APELLIDO .....	2º. APELLIDO .....	NOMBRE .....
DNI/NIF .....	FECHA DE NACIMIENTO .....	SEXO ..... ESTADO CIVIL .....
DOMICILIO .....		LOCALIDAD .....
PROVINCIA .....	CP .....	TELÉFONOS .....
RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE .....		DEPENDE ECONÓMICAMENTE DEL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

<b>3</b>	<b>DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DEL/DE LA SOLICITANTE</b>	
1º. APELLIDO .....	2º. APELLIDO .....	NOMBRE .....
DNI/NIF .....	FECHA DE NACIMIENTO .....	SEXO ..... ESTADO CIVIL .....
DOMICILIO .....		LOCALIDAD .....
PROVINCIA .....	CP .....	TELÉFONOS .....
RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE .....		

<b>4</b>	<b>CENTROS SOLICITADOS (En caso de ser más de uno, relacionar en orden de preferencia)</b>

<b>5</b>	<b>DATOS ECONÓMICOS</b>
<b>5.1.- Ingresos económicos del/de la solicitante.</b> (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe: tipo, cuantía mensual y nº de pagas extraordinarias al año).	
<b>5.2.- Ingresos económicos del cónyuge y/o acompañante, en su caso.</b> (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe: tipo, cuantía mensual y nº de pagas extraordinarias al año).	
<b>5.3.- Otros ingresos económicos.</b>	

Ejemplar para: .....

001033

<b>6</b>	<b>DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)</b>
<input type="checkbox"/> DNI/NIF del/de la solicitante y acompañante, en su caso. <input type="checkbox"/> DNI/NIF del/de la representante legal, en su caso. <input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento del/de la solicitante y/o acompañante, en su caso. <input type="checkbox"/> Informe Social (Anexo 1A). <input type="checkbox"/> Informe Médico (Anexo 1B). <input type="checkbox"/> Otros documentos (indicar cuáles): ..... ..... ..... .....	

<b>7</b>	<b>CONFORMIDAD (Cumplimentar en caso de ingresar uno sólo de los cónyuges)</b>
D/Dª: ..... con DNI/NIF ..... expreso mi <b>conformidad</b> con los gastos que conlleva la estancia de mi cónyuge en el Centro Residencial de personas mayores.  <p style="text-align: center;">EL CÓNYUGE</p>   Fdo.: .....	

<b>8</b>	<b>AUTORIZACIÓN, DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p><b>8.1.- AUTORIZO</b> la comunicación de datos de carácter personal a otros Órganos, Administraciones Públicas o Entidades Colaboradoras, para el ejercicio de competencias que versen sobre materias propias o distintas a las que se refiere la presente solicitud.</p> <p><b>8.2.- AUTORIZO</b> el suministro de datos de carácter tributario a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social o Entidades Colaboradoras, a los efectos de comprobación de los datos y/o requisitos que resulten exigibles.</p> <p><b>8.3.- DECLARO</b>, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se adjunta.</p> <p><b>8.4.- ME COMPROMETO</b> a abonar el precio estipulado de la plaza correspondiente, en su caso.</p> <p><b>8.5.- SOLICITO</b> el ingreso en Centro Residencial de personas mayores.</p> <p style="text-align: center;">En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL <span style="float: right;">EL/LA ACOMPAÑANTE (en su caso)</span></p>  Fdo.: ..... Fdo.: ..... La falsedad de los datos declarados o de la documentación aportada para la acreditación de las circunstancias determinantes de los criterios de valoración conllevará la exclusión de la solicitud, sin perjuicio de la exigencia de las responsabilidades de otro orden en que se hubiera podido incurrir.	

Ejemplar para: .....

001033

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS MAYORES.

<b>PROTECCIÓN DE DATOS</b>
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el ingreso en Centro Residencial de personas mayores. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la DG de Personas Mayores, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, sita en Avda. de Hytasa nº 14. 41071 - Sevilla.

**INFORME SOCIAL**

**ANEXO A LA SOLICITUD DE INGRESO EN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES**

NOTA DE INTERÉS: Dada la incidencia del presente informe en la valoración del expediente de solicitud de ingreso en Centro Residencial de personas mayores, se ruega la cumplimentación de todos los apartados del mismo.

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>
1º. APELLIDO .....	2º. APELLIDO ..... NOMBRE .....
DNI/NIF .....	

**2 VALORACIÓN SOCIAL**

**2.1 SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**

**2.1.1.- CONVIVENCIA**

- Vive acompañado:  SÍ  NO
- Grado de parentesco: .....
- Nº. total de personas que conviven en la misma vivienda: .....

**2.1.2.- SITUACIÓN PERSONAL DEL/DE LA SOLICITANTE**

**Forma de vida**

- Necesidad de dejar plaza hospitalaria por alta médica, sin medios económicos para subsistir ni familia que se haga cargo.
- Necesidad de dejar la vivienda por desahucio o ruina, sin medios económicos para subsistir, ni familia que se haga cargo.
- Pernoctando en albergues o similares.
- En Centro Residencial con necesidad de abandonarlo. Indicar las causas: .....
- Rotando. Indicar las causas y con quien: .....

**Autonomía para comunicarse o valerse por sí mismo**

- SÍ  NO Indicar la causa: .....

**Atención que recibe de las personas con quien convive, en su caso.**

- Falta de atención o semi-abandono.  Obligado a trabajar de forma permanente.
- Aislamiento afectivo.  Integrado.
- Sin integración familiar.  Con buenas relaciones.

**2.1.3.- RELACIONES (grado de relación del/de la solicitante con el entorno)**

- Con el cónyuge:  Buenas  Aceptables  Malas  Malos tratos físicos y/o psicológicos  Sin relación
- Con el resto de la familia:  Buenas  Aceptables  Malas  Malos tratos físicos y/o psicológicos  Sin relación
- Con las personas del entorno:  Buenas  Aceptables  Malas  Malos tratos físicos y/o psicológicos  Sin relación

**2.1.4.- FAMILIA**

- Tiene familia:  SÍ  NO
- En caso afirmativo, indicar:
- Grado de parentesco: .....
- Localidades de domicilio de los familiares: .....
- Situación de la familia que convive habitualmente con el/la solicitante:
  - Precaria económicamente  Con cargas familiares  Sin ingresos fijos  Todos los miembros trabajan fuera del domicilio
- Situación del resto de la familia:
  - Precaria económicamente  Con cargas familiares  Sin ingresos fijos  Todos los miembros trabajan fuera del domicilio

**2.1.5.- RECURSOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD EN DONDE VIVE EL/LA SOLICITANTE (Ayuda a domicilio, Centros de día, Comedores, etc.)**

- Recursos que existen: .....
- De qué recursos es beneficiario el/la solicitante: .....
- Posibilidad de acceso a los mismos: .....

001033/IS

<b>2</b>	<b>VALORACIÓN SOCIAL (continuación)</b>
<b>2.2 VIVIENDA</b>	
Se reflejarán los datos correspondientes a la vivienda habitual del/de la solicitante, aún en el caso de residir en hospital o centro sanitario.	
<b>2.2.1.- TIPO DE VIVIENDA</b>	
<input type="checkbox"/> Chabola o similar <input type="checkbox"/> Buhardilla <input type="checkbox"/> Vivienda normal <input type="checkbox"/> Centro residencial	
<b>2.2.2.- N.º. de PLANTA:</b> .....	
<b>2.2.3.- RÉGIMEN DE TENENCIA</b>	
<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Subarriendo <input type="checkbox"/> Cedida en uso	
<b>2.2.4.- CONDICIONES DE LA VIVIENDA</b>	
<input type="checkbox"/> Pésimas <input type="checkbox"/> Malas <input type="checkbox"/> Deficientes <input type="checkbox"/> Aceptables <input type="checkbox"/> Buenas	
Pésimas: En estado de ruina o con grandes humedades o grietas.	
Malas: Hacinamiento, sin agua y/o retrete, con goteras graves, sin luz natural.	
Deficientes: Viviendas en condiciones de habitabilidad deficientes.	
Aceptables: Dispone de los servicios mínimos y habitabilidad aceptable.	
Buenas: Disponiendo de todos los servicios que garanticen unas buenas condiciones de habitabilidad.	
<b>2.2.5.- UBICACIÓN</b>	
<input type="checkbox"/> Caso urbano <input type="checkbox"/> Zona rural <input type="checkbox"/> Fuera del caso urbano <input type="checkbox"/> Zona rural aislada	
<b>2.2.6.- EQUIPAMIENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Ascensor <input type="checkbox"/> Agua corriente <input type="checkbox"/> Agua caliente <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Retrete <input type="checkbox"/> Cuarto de baño	
<b>2.3 OBSERVACIONES (señalar cualquier característica no señalada en los apartados anteriores que se considere de interés)</b>	
<b>2.4 JUICIO CRÍTICO Y MOTIVO DE LA PETICIÓN</b>	

001033/IS

<b>3</b>	<b>DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL QUE EMITE EL INFORME</b>
APELLIDOS Y NOMBRE ..... N.º. DE COLEGIADO/A ..... ENTIDAD A LA QUE PERTENECE ..... TELÉFONO DE CONTACTO .....	
En ..... a ..... de ..... de ..... (Sello) ..... FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL .....	
Fdo.: .....	

**INFORME MÉDICO**

**ANEXO A LA SOLICITUD DE INGRESO EN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES**

NOTA DE INTERÉS: Dada la incidencia del presente informe en la valoración del expediente de solicitud de ingreso en Centro Residencial de personas mayores, se ruega la cumplimentación de todos los apartados del mismo, y de cuantas OBSERVACIONES E INFORMES MÉDICOS COMPLEMENTARIOS considere de interés.

<b>1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>
1º. APELLIDO ..... 2º. APELLIDO ..... NOMBRE .....
DNI/NIF .....

<b>2 DATOS DEL/DE LA ACOMPAÑANTE (A cumplimentar sólo en el caso de solicitud doble)</b>
1º. APELLIDO ..... 2º. APELLIDO ..... NOMBRE .....
DNI/NIF .....

**3 VALORACIÓN MÉDICA**

	SOLICITANTE	ACOMPAÑANTE
- Padece enfermedad infecto-contagiosa:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
- Se encuentra inmovilizado en cama y/o necesita cuidados médicos permanentes:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
- Presenta trastornos psíquicos graves pudiendo producir alteraciones para la normal convivencia en un Centro Residencial:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

**3.1 VALORACIÓN FÍSICA**

	SOLICITANTE	ACOMPAÑANTE
- Se vale por sí mismo/a, en su aspecto físico, para el desarrollo de las actividades esenciales de la vida diaria:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
- Limitaciones en el campo visual o auditivo		
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Importantes <input type="checkbox"/> Totales		SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Total
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Importantes <input type="checkbox"/> Totales		ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Total
- Dificultad en el manejo de las extremidades superiores:		- Dificultad en el manejo de las extremidades inferiores:
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Total		SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Total
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Total		ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Total
- Dificultad respiratoria		
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		

**3.2 VALORACIÓN PSÍQUICA**

	SOLICITANTE	ACOMPAÑANTE
- Se vale por sí mismo/a, en su aspecto psíquico, para el desarrollo de las actividades esenciales de la vida diaria:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
- Desorientación temporo-espacial:		
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leve o de forma esporádica <input type="checkbox"/> Importante o de forma habitual <input type="checkbox"/> Desorientación total		<input type="checkbox"/> Desorientación total
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leve o de forma esporádica <input type="checkbox"/> Importante o de forma habitual <input type="checkbox"/> Desorientación total		<input type="checkbox"/> Desorientación total
- Alteraciones de la percepción:		
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Importantes		<input type="checkbox"/> Importantes
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Importantes		<input type="checkbox"/> Importantes
- Incoherencias en la comunicación:		
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ligeras <input type="checkbox"/> Frecuentes <input type="checkbox"/> Totales		<input type="checkbox"/> Totales
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ligeras <input type="checkbox"/> Frecuentes <input type="checkbox"/> Totales		<input type="checkbox"/> Totales
- Descontrol emocional:		
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Total		<input type="checkbox"/> Total
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Total		<input type="checkbox"/> Total
- Trastornos de la memoria:		
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves		<input type="checkbox"/> Graves
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves		<input type="checkbox"/> Graves
- Trastornos de la conducta		
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves		<input type="checkbox"/> Graves
ACOMPAÑANTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves		<input type="checkbox"/> Graves

001033/IM

<b>3</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA (continuación)</b>
<b>3.3</b>	<b>JUICIO DIAGNÓSTICO (Físico y Psíquico)</b>
<b>3.4</b>	<b>OBSERVACIONES (indicar cualquier característica no señalada en los apartados anteriores que se considere de interés)</b>
<b>4</b>	<b>DATOS DEL/DE LA MÉDICO/A QUE EMITE EL INFORME</b>
APELLIDOS Y NOMBRE ..... Nº. DE COLEGIADO/A .....	
ENTIDAD A LA QUE PERTENECE ..... TELÉFONO DE CONTACTO .....	
En ..... a ..... de ..... de .....	
(Sello)	EL/LA FACULTATIVO/A
Fdo.: .....	

001033/IM

# JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

### SOLICITUD

#### TRASLADO DE PLAZA EN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES

Orden de ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha ..... )

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>	
1º. APELLIDO .....	2º. APELLIDO .....	NOMBRE .....
DNI/NIF .....	FECHA DE NACIMIENTO .....	SEXO ..... ESTADO CIVIL .....

<b>2</b>	<b>DATOS DEL/DE LA ACOMPAÑANTE (A cumplimentar sólo en el caso de solicitud de plaza doble)</b>	
1º. APELLIDO .....	2º. APELLIDO .....	NOMBRE .....
DNI/NIF .....	FECHA DE NACIMIENTO .....	SEXO ..... ESTADO CIVIL .....
RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE .....		

<b>3</b>	<b>DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DEL/DE LA SOLICITANTE</b>	
1º. APELLIDO .....	2º. APELLIDO .....	NOMBRE .....
DNI/NIF .....	FECHA DE NACIMIENTO .....	SEXO ..... ESTADO CIVIL .....
DOMICILIO .....		LOCALIDAD .....
PROVINCIA .....	CP .....	TELÉFONOS .....
RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE .....		

<b>4</b>	<b>DATOS DEL CENTRO DONDE RESIDE ACTUALMENTE</b>
NOMBRE DEL CENTRO .....	FECHA DE INGRESO .....

<b>5</b>	<b>MOTIVOS DE LA SOLICITUD</b>

Ejemplar para: .....

001034

<b>6</b>	<b>CENTRO AL QUE SOLICITA EL TRASLADO (En caso de ser más de uno, relacionar por orden de preferencia)</b>

<b>7</b>	<b>DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)</b>
<input type="checkbox"/> DNI/NIF del/de la solicitante y acompañante, en su caso. <input type="checkbox"/> DNI/NIF del/de la representante legal, en su caso. <input type="checkbox"/> Informe Social (Anexo 2A). <input type="checkbox"/> Informe Médico (Anexo 2B). <input type="checkbox"/> Otros documentos (indicar cuáles): ..... ..... ..... .....	

<b>8</b>	<b>DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p><b>8.1.- DECLARO</b>, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.</p> <p><b>8.2.- SOLICITO</b> el traslado al centro solicitado.</p> <p style="text-align: center;">En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL <span style="margin-left: 200px;">EL/LA ACOMPAÑANTE (en su caso)</span></p> <p>Fdo.: ..... Fdo.: .....</p>	

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS MAYORES.

<p><b>PROTECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el traslado de plaza en Centro Residencial de personas mayores.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la DG de Personas Mayores, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, sita en Avda. de Hytasa nº 14. 41071 - Sevilla.</p>
--

Ejemplar para: .....

001034

**ANEXO 2 (A)**

**INFORME SOCIAL**

**ANEXO A LA SOLICITUD DE TRASLADO DE PLAZA EN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>
1º. APELLIDO ..... 2º. APELLIDO ..... NOMBRE .....	
DNI/NIF .....	

<b>2</b>	<b>DATOS DEL/DE LA ACOMPAÑANTE (A cumplimentar sólo en el caso de solicitud de plaza doble)</b>
1º. APELLIDO ..... 2º. APELLIDO ..... NOMBRE .....	
DNI/NIF ..... RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE .....	

<b>3</b>	<b>VALORACIÓN SOCIAL</b>

<b>4</b>	<b>DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL QUE EMITE EL INFORME</b>
APELLIDOS Y NOMBRE ..... Nº. DE COLEGIADO/A .....	
ENTIDAD A LA QUE PERTENECE ..... TELÉFONO DE CONTACTO .....	
En ..... a ..... de ..... de .....	
(Sello)	FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL
Fdo.: .....	

001034/IS

**ANEXO 2 (B)**

**INFORME MÉDICO**

**ANEXO A LA SOLICITUD DE TRASLADO DE PLAZA EN CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE</b>
1º. APELLIDO ..... 2º. APELLIDO ..... NOMBRE .....	
DNI/NIF .....	

<b>2</b>	<b>DATOS DEL/DE LA ACOMPAÑANTE (A cumplimentar sólo en el caso de solicitud de plaza doble)</b>
1º. APELLIDO ..... 2º. APELLIDO ..... NOMBRE .....	
DNI/NIF .....	

<b>3</b>	<b>INFORME MÉDICO DEL/DE LA SOLICITANTE</b>

<b>4</b>	<b>INFORME MÉDICO DEL/DE LA ACOMPAÑANTE</b>

<b>5</b>	<b>DATOS DEL/DE LA MÉDICO/A QUE EMITE EL INFORME</b>
APELLIDOS Y NOMBRE ..... Nº. DE COLEGIADO/A .....	
ENTIDAD A LA QUE PERTENECE ..... TELÉFONO DE CONTACTO .....	
En ..... a ..... de ..... de .....	
(Sello)	FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL
Fdo.: .....	

001034/IM