



XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE TRABALLO E
BENESTAR

PROCEDEMENTO PROGRAMA "BENESTAR EN BALNEARIOS" 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:

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"/>	

Asistiu 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

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑARÁ Á SOLICITUDE

- FOTOCOPIA DO DNI DO SOLICITANTE E DO CÓNXUXE OU ACOMPAÑANTE SE PROCEDE (NO CASO DE NON AUTORIZAR A CONSULTA).

"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) infórmaselle 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".

Xefatura Territorial de

Consellería de Traballo e Benestar

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 PERSOA 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.:

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:

- 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:

- | | | |
|--|--|---|
| <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:

-Que son certos cantos datos figuran na presente solicitude e declaración, sendo consciente de que a ocultación ou falsidade nos mesmos pode ser motivo da anulación do meu expediente

-Dou o meu consentimento á Consellería de Traballo e Benestar para que consulten os meus datos :

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> De identidade | <input type="checkbox"/> De residencia | <input type="checkbox"/> Económicos |
|--|--|-------------------------------------|

Lugar e data

, de de 20

Sinatura do solicitante

DECLARACIÓN RESPONSABLE DO CÓNXUXE 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"/>		
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"/>		
-Que son certos cantos datos figuran na presente solicitude e declaración, sendo consciente de que a ocultación ou falsidade nos mesmos pode ser motivo da anulación do meu expediente		
-Dou o meu consentimento á Consellería de Traballo e Benestar para que consulten os meus datos :		
<input type="checkbox"/> De identidade	<input type="checkbox"/> De residencia	<input type="checkbox"/> Económicos
<i>Lugar e data</i>		
, de de 20		
Sinatura do cónxuxe/acompañante		