Concello de Salceda de Caselas

CONCELLARÍA DE SERVIZO SOCIAIS

Reservado selos internos

Imprimir formulario

SOLICITUDE PROGRAMA CAMAS ARTICULADAS

SOLICITANTE

Nome e apelidos ou razón social

DNI/CIF

Enderezo: / Rúa / Número

Teléfono : Fixo / Móbil

Municipio

Provincia

Código postal

E-mail

BENEFICIARIO/A

Nome e apelidos

DNI

Data de nacemento:

Estao Civil

Enderezo: / Rúa / Número

Teléfono : Fixo / Móbil

Municipio

Provincia

Código postal

E-mail

RELACIÓN COA PERSOA SOLICITANTE:

SOLICITA:

A valoración do meu caso para a posible inclusión como beneficiario/a do Programa de Camas Articuladas.

DOCUMENTACIÓN ANEXA (ACHEGAR NA ENTREVISTA EN SERVIZOS SOCIAIS):

- ☐ DNI do/a solicitante e beneficiario/a
- ☐ Informe médico no impreso estandarizado
- ☐ Xustificante de ingresos mensuais do beneficiario/a e cónxuxe

Salceda de Caselas, a

(Sinatura)

SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DO CONCELLO DE SALCEDA DE CASELAS

Consonte ao disposto na Lei Orgánica 3/2018 de 5 de decembro, de Protección de Datos de Persoais e garantía dos dereitos dixitais, os seus datos serán tratados de forma confidencial e poderán ser incorporados aos ficheiros do Concello de Salceda de Caselas. En calquera momento poderá exercitar os dereitos de acceso, cancelación rectificación e oposición comunicándoo por escrito, que presentará no Rexistro do Concello. Así mesmo, con esta solicitude autoriza, aos efectos da devandita lei, á administración destinataria deste escrito á comprobación telemática con outras Administracións Públicas de datos declarado e demais circunstacias relativas ao exercicio da actividade a desenvolver.

Praza do Concello, s/n 36470. Salceda de Caselas
Tfnos. 986 349003 - 986 347500. Fax 986 347401
http://salcedadecaselas.gal

Concello de Salceda de Caselas

CONCELLARÍA DE SERVIZO SOCIAIS

Reservado selos internos

Imprimir formulario

INFORME MÉDICO PARA PROGRAMA CAMAS ARTICULADAS

BENEFICIARIO/A

Nome e apelidos	DNI

MÉDICO/A

Nome e apelidos	Nº Colexiado/A
Centro de traballo	**Data**

INSTRUCCIÓNS:

Marque cunha X a opción que corresponda.

DEFINICIÓNS:

Axuda Parcial: Necesita dalgunha axuda 1-2 veces a semana.
Axuda Ampla: Necesidade de axuda para realizar a actividade 3-4 veces por semana.
Dependencia Total: Necesidade de axuda para realizar toda a actividade todos os días da semana.

PUNTUACIÓNS:

0- Axuda Parcial
5- Axuda Ampla
10- Dependencia total

Puntuación máxima: 80 ptos.
Puntuación mínima: 60 ptos.

MOBILIDADE NA CAMA:	DEAMBULACIÓN	COMER	HIXIENE PERSOAL
☐ Axuda parcial	☐ Axuda parcial	☐ Axuda parcial	☐ Axuda parcial
☐ Axuda ampla	☐ Axuda ampla	☐ Axuda ampla	☐ Axuda ampla
☐ Dependencia total	☐ Dependencia total	☐ Dependencia total	☐ Dependencia total
TRANSFERENCIAS	**VESTIRSE**	**USAR O ASEO**	**BAÑARSE**
☐ Axuda parcial	☐ Axuda parcial	☐ Axuda parcial	☐ Axuda parcial
☐ Axuda ampla	☐ Axuda ampla	☐ Axuda ampla	☐ Axuda ampla
☐ Dependencia total	☐ Dependencia total	☐ Dependencia total	☐ Dependencia total

DIAGNÓSTICO

Salceda de Caselas, a

(Sinatura)

Consonte ao disposto na Lei Orgánica 3/2018 de 5 de decembro, de Protección de Datos de Persoais e garantía dos dereitos dixitais, os seus datos serán tratados de forma confidencial e poderán ser incorporados aos ficheiros do Concello de Salceda de Caselas. En calquera momento poderá exercitar os dereitos de acceso, cancelación rectificación e oposición comunicándoo por escrito, que presentará no Rexistro do Concello. Así mesmo, con esta solicitude autoriza, aos efectos da devandita lei, á administración destinataria deste escrito á comprobación telemática con outras Administracións Públicas de datos declarado e demais circunstacias relativas ao exercicio da actividade a desenvolver.

Praza do Concello, s/n 36470. Salceda de Caselas
Tfnos. 986 349003 - 986 347500. Fax 986 347401
http://salcedadecaselas.gal