

## ANEXO II



## SOLICITUD DE PLAZA EN EL PROGRAMA DE TERMALISMO DEL IMSERSO

ANTES DE CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

## 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

En matrimonios indicar el cónyuge que percibe la pensión, en caso que solo uno la perciba

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
SEXO	ESTADO CIVIL		NIF DEL SOLICITANTE		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO)					
LOCALIDAD DEL DOMICILIO		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA		TELÉFONO

## 2. DATOS DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
SEXO	NIF DEL CÓNYUGE O PAREJA		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)		

## 3. NOTIFICACIÓN

<b>Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del indicado en el apartado 1)</b>					
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO)				LOCALIDAD DEL DOMICILIO	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL	
<b>Si desea recibir avisos de las notificaciones, indique el medio:</b>					
CORREO ELECTRÓNICO			DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº de móvil...)		

## 4. DATOS FAMILIA NUMEROSA

Nº DE CARNET DE FAMILIA NUMEROSA EN VIGOR	CATEGORÍA DE FAMILIA NUMEROSA
---	-------------------------------

## 5. UNIÓN DE ESTA SOLICITUD CON LA DE OTRA PERSONA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NIF
-----------------	------------------	--------	-----

## 6. BALNEARIOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

1º		2º	
3º		4º	

¿PARA QUIÉN SOLICITA LAS PLAZAS?

Para el solicitante     Para el cónyuge o pareja     Para ambos

TIPO DE TURNO SOLICITADO

De no señalar nada se entenderá que opta por el de 12 días.

12 días     10 días     Sin preferencia

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 transcurren más días del turno. Puede señalar hasta 4 meses concretos o indicar «Sin preferencia»; también puede combinar meses concretos y como última opción «Sin preferencia».

1º		2º		3º		4º	
----	--	----	--	----	--	----	--

## 7. DATOS ECONÓMICOS

PERSONA SOLICITANTE		CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO	
Tipo de pensión	Cuantía mensual (€)	Tipo de pensión	Cuantía mensual (€)
Otros ingresos periódicos de la pareja distintos a las pensiones (cuantía media mensual):			

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA PLAZA

D. /Dña.	con NIF número:
Que ___ me valgo por mí mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "Sí" o "No")	
Que ___ presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "Sí" o "No")	
Que ___ padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "Sí" o "No") En caso afirmativo, 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"/> Reumatológico <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/> Renal y vías urinarias <input type="checkbox"/> Dermatológico <input type="checkbox"/> Neuropsíquico	
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico</b>	
Que tengo afectadas las articulaciones: <input type="checkbox"/> Cadera o rodilla <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca o mano <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Tobillo o pie	
Que tengo o padezco: <input type="checkbox"/> Dificultades para moverme <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Deformidad <input type="checkbox"/> Rigidez	
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio</b>	
Que padezco de enfermedades de :	
<input type="checkbox"/> Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) <input type="checkbox"/> Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.)    Nº de recaídas en los últimos doce meses:	
Que, por estos problemas respiratorios, tengo:	
<input type="checkbox"/> ingresos en el hospital en el último año <input type="checkbox"/> que tomar más de dos medicamentos diariamente <input type="checkbox"/> muchos síntomas <input type="checkbox"/> que tomar oxígeno a diario	
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico</b>	
Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses:	
<b>DECLARO</b> bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imserso cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.	
<b>ACEPTO</b> que, de acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consulte los datos consignados en esta solicitud y recabe aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.	
En caso de no autorizar estas consultas marque la siguiente casilla <input type="checkbox"/> y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.	
En	, a
de	de
Firma:	

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO (a cumplimentar si se solicita plaza para él/ella)

D. /Dña.	con NIF número:
Que ___ me valgo por mí mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "Sí" o "No")	
Que ___ presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "Sí" o "No")	
Que ___ padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "Sí" o "No") En caso afirmativo, 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"/> Reumatológico <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/> Renal y vías urinarias <input type="checkbox"/> Dermatológico <input type="checkbox"/> Neuropsíquico	
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico</b>	
Que tengo afectadas las articulaciones: <input type="checkbox"/> Cadera o rodilla <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca o mano <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Tobillo o pie	
Que tengo o padezco: <input type="checkbox"/> Dificultades para moverme <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Deformidad <input type="checkbox"/> Rigidez	
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio</b>	
Que padezco de enfermedades de :	
<input type="checkbox"/> Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) <input type="checkbox"/> Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.)    Nº de recaídas en los últimos doce meses:	
Que, por estos problemas respiratorios, tengo:	
<input type="checkbox"/> ingresos en el hospital en el último año <input type="checkbox"/> que tomar más de dos medicamentos diariamente <input type="checkbox"/> muchos síntomas <input type="checkbox"/> que tomar oxígeno a diario	
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico</b>	
Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses:	
<b>DECLARO</b> bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imserso cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.	
<b>ACEPTO</b> que, de acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consulte los datos consignados en esta solicitud y recabe aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.	
En caso de no autorizar estas consultas marque la siguiente casilla <input type="checkbox"/> y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.	
En	, a
de	de
Firma:	

## PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Programa de Termalismo están constituidos en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas a la gestión de esta solicitud, todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De conformidad con lo establecido en el artículo 5.1.d) de la Ley citada, la persona interesada podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Imserso, órgano responsable del fichero, mediante escrito dirigido al mismo, Avenida de la Ilustración s/n, con vuelta a c/ Ginzo de Limia 58, 28029 Madrid.