

solicitud de servicios

Programa de Respiro Familiar

1. Datos de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo

Nombre y apellidos

NIF..... Fecha de nacimiento

Persona con necesidad de apoyo generalizado si no

Entidad a la que pertenece

Medicación.....

*La persona con discapacidad no puede estar atendida en un servicio residencial

2. Datos del familiar solicitante

Nombre y apellidosParentesco

NIF..... Fecha de nacimiento.....

Calle/Plaza.....Número.....

Código postal Localidad

Provincia.....Teléfonoe-mail.....

3. Motivo de la solicitud:

.....

.....

4. Modalidad que solicita

MODALIDADES	FECHA DEL SERVICIO	LUGAR DONDE SE REALIZA EL SERVICIO
Estancia sin alojamiento	Del al	
Estancia con alojamiento	Del al	
Apoyo puntual por horas	Del al	
Apoyo puntual compartido	Del al	
Acompañamiento	Del al	

5. Duración del servicio (en horas) Aportación económica familiar

6. Autorización.

Que he sido informado/a exhaustivamente de las características propias del servicio, consistente básicamente en una atención adecuada a las necesidades y apoyos que mi familiar con discapacidad precisa.

Esta atención siempre respetará la dignidad inherente a la persona con discapacidad, a la que se ofrecerá los apoyos que precise de acuerdo con la información que he suministrado a la entidad o personal técnico organizador del servicio.

Declaro que he ofrecido toda la información precisa y de la que dispongo acerca de los apoyos, fármacos, incidencias y dificultades específicas que puedan presentarse en la atención a mi familiar con discapacidad.

Autorizo a los/as monitores/as del Programa a que adopten las medidas necesarias en caso de urgencia médica o imprevista que pueda presentarse durante la estancia.

Manifiesto que he sido informado/a acerca de los modelos de atención y apoyo con los que se realiza el Programa de Respiro Familiar, y de que en los servicios que se presten se respetará la voluntad e intereses de la persona con discapacidad, sin establecer barreras o cortapisas que supongan la limitación de sus derechos personales, salvo la adopción de aquellas medidas que pudieran ser precisas para salvaguardar su integridad.

Declaro que los datos ofrecidos para la realización del servicio son ciertos y que soy consciente de que la ocultación de datos o falsedad de los mismos sería motivo suficiente para la cancelación del servicio o la expulsión del mismo, en el supuesto de haber sido admitido/a.

Fecha: Firma del familiar solicitante:

*En cumplimiento de la normativa vigente, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos en adelante, "RGPD", así como la Ley Orgánica de Protección de Datos, le informamos de que los datos solicitados en este formulario, serán tratados por Plena inclusión Andalucía, con la finalidad tramitar su inscripción al servicio especificado. La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución de un contrato, así como su consentimiento expreso. Sus datos serán conservados durante el tiempo que resulte necesario para alcanzar la finalidad con la que fueron recabados. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, oposición y demás derechos que la normativa le otorga, podrá dirigirse al responsable del fichero a través de correo electrónico enviado a sede@plenainclusionandalucia.org, indicando en el asunto del mismo "Protección de Datos".