

## FICHA SOLICITUD SERVICIO DE RESPIRO

DATOS DEL SOLICITANTE: FAMILIAR DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD				
NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE				
DNI				
FECHA DE NACIMIENTO				
PARENTESCO (padre, madre, tutor/a...)				
DOMICILIO FAMILIAR				
TELÉFONOS DE CONTACTO	TELF. 1	TELF. 2	TELF. 3	
CORREO ELECTRÓNICO				
DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL				
NOMBRE Y APELLIDOS				
DNI				
FECHA DE NACIMIENTO				
ENTIDAD DONDE RECIBE ATENCIÓN				
ENTIDAD/SERVICIO DONDE SOLICITA SE DESARROLLE EL RESPIRO				
TIPO DE ATENCIÓN QUE RECIBE	Centro de Día / Ocupacional		Hora entrada	
			Hora salida	
	Centro educativo		Hora entrada	
			Hora salida	
	Residencia/ vivienda alternativa		Hora entrada	
			Hora salida	
	Residencia/ Vivienda de lunes a viernes		Hora entrada	
			Hora salida	
ENTIDAD/SERVICIO DONDE SOLICITA EL RESPIRO			%	
DIAGNÓSTICO ESPECIFICADO EN CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD			%	
GRADO DE DEPENDENCIA				

### SOLICITA FECHAS/ HORAS

FECHA INICIO		HORA de inicio	
FECHA FINALIZACIÓN		HORA de finalización	
<b>MOTIVO DE LA SOLICITUD</b> Señalar las opciones que procedan			<b>x</b>
Necesidad de descanso de la familia por sobrecarga, ante situaciones de estrés o crisis			
Hospitalización, enfermedad, y/o urgencia médica del algún miembro de la unidad familiar			
Necesidad de atención a otros miembros de la familia con problemas			
Fallecimiento de un familiar cercano			
Compromisos familiares			
Asistencia a actividades laborales complementarias: cursos, jornadas, charlas, etc.			
Situaciones excepcionales: reforma de la vivienda, traslado del domicilio, deberes inexcusables, etc.			
Realización de gestiones burocráticas fuera de la localidad de residencia			
Situaciones familiares conflictivas: procesos de separación y divorcio, malas relaciones, etc.			
Otros (indicar):			

### INFORMACIÓN DE PRECIOS

TIPO DE APOYO	MÍNIMO horas	MÁXIMO horas	PRECIO
Apoyo por horas (en el hogar)	1 hora	8 horas	3 €/hora
Estancia SIN alojamiento en la entidad	6 horas	12 horas	10€/ 6 horas +1€/hora a partir de 7h y hasta 12h
Estancia CON alojamiento en la entidad	12 horas	24 horas	20€/ de 12 a 24 horas +1€/hora a partir de 24 horas

En ....., a ..... de ..... de 2018

Fdo.: D./Dña. \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Tutor/a

Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la presente tabla informándole del tratamiento de los datos personales que se dispone a proporcionarnos:

<b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>Responsable</b>	Plena Inclusión Madrid
<b>Finalidad principal</b>	Servicio de respiro para familiares de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo
<b>Legitimación</b>	Consentimiento del interesado
<b>Destinatarios</b>	No se cederán los datos a terceros, salvo autorización expresa u obligación legal
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los mismos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra política de privacidad en <a href="http://plenainclusionmadrid.org/politica-de-privacidad/">http://plenainclusionmadrid.org/politica-de-privacidad/</a>
<b>Data protection officer</b>	Grupo Adaptalia Legal – Formativo S.L. C/ Goya, 115. 28009. Madrid <a href="mailto:legal@grupoadaptalia.es">legal@grupoadaptalia.es</a>

- Autorizo al envío de comunicaciones informativas relativas a las actividades, productos o servicios por correo postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio electrónico equivalente
- Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal

Madrid, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado D. / Dña. \_\_\_\_\_

Padre, madre o tutor/a