



CAMPAMENTOS DE VERÁN ESPECÍFICOS PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE	SOLICITUDE
--	-------------------

DATOS DA PERSOA CON DISCAPACIDADE				
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO		
DNI	DATA NACEMENTO	Nº DE TARXETA SANITARIA		
DOMICILIO HABITUAL:		CÓDIGO POSTAL	CONCELLO	PROVINCIA
TELÉFONO/S		CORREO ELECTRÓNICO		

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN: O PAI / A NAI <input type="checkbox"/>, O/A TITOR/A <input type="checkbox"/>, O/A RESPONSABLE DO CENTRO <input type="checkbox"/>.			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI
DOMICILIO:		CÓDIGO POSTAL	CONCELLO
TELÉFONO/S		CORREO/S ELECTRÓNICO/S	

DESTINOS E DATAS SOLICITADAS	
1º DESTINO:	DATA:
2º DESTINO:	DATA:

<p>DATOS ESPECÍFICOS DA PERSOA CON DISCAPACIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinalar: <ul style="list-style-type: none"> - A porcentaxe de discapacidade que ten recoñecida: . - Se ten recoñecida axuda de terceira persoa: Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>; e/ou para mobilidade?: Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>. - En que ano e localidade se lle efectuaron estes recoñecementos: . • Indicar: <ul style="list-style-type: none"> - A que tipo de centro asiste habitualmente: escolar <input type="checkbox"/>, ocupacional <input type="checkbox"/>, residencial <input type="checkbox"/>. Denominación, localidade e teléfono: - Se está interno no centro: Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>. En caso afirmativo, con que periodicidade vai ao seu domicilio: <p style="margin-left: 40px;">os fins de semana <input type="checkbox"/>, cada 15 días <input type="checkbox"/>, nas vacacións escolares <input type="checkbox"/>, nunca <input type="checkbox"/>.</p> - Se ten título de familia numerosa: Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>, e/ou carné xove: Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>. - Se participou outros anos en campamentos deste tipo organizados pola Xunta de Galicia: <p style="margin-left: 40px;">Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>. En que destinos . e anos .</p>



DATOS DE AUTONOMÍA PERSOAL

- Indicar se precisa axuda para:

Erguerse e/ou deitarse:	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Comer	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Asearse	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Vestirse	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Control de esfínteres	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Moverse	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

- Indicar se é usuario/a de:

Cueiros	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> : sempre <input type="checkbox"/> , solo pola noite <input type="checkbox"/> .
Cadeira de rodas	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Andador	Non <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

- Describir cales son as súas características específicas

- Indicar cales son as súas necesidades especiais

- Indicar cales son as atencións e apoios que precisa



A PERSOA SOLICITANTE OU QUEN EXERCE A SÚA REPRESENTACIÓN

DECLARA que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos e que a documentación que se acompaña está vixente .

É COÑECEDORA dos requisitos para participar no programa e das condicións nas que se desenvolve, así como de que se terá que facer cargo da persoa con discapacidade se esta non se adaptase ao funcionamento das actividades do destino adxudicado .

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU SE DECLARA ESTAR EN PODER DA ADMINISTRACIÓN

Copia do DNI ou NIE (só no caso de non autorizar a súa consulta).

Certificado de empadramento (só no caso de non autorizar a súa consulta).

Copia do documento acreditativo da representación legal da persoa solicitante, se é o caso.

Certificado do grao de discapacidade da persoa interesada (só no caso de non autorizar a súa consulta).

Informe médico no modelo establecido ao efecto.

Copia do título de familia numerosa e ou do carné xove, se é o caso.

Outra que considere relevante.

Autorizo á Consellería de Política Social a **consultar os datos de identidade** da persoa solicitante no sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde do 7 de xullo de 2009 da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo á Consellería de Política Social a **consultar os datos de residencia** da persoa solicitante no sistema de verificación de datos de residencia do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde do 7 de xullo de 2009 da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo á Consellería de Política Social a **consultar os datos de discapacidade** do/a fillo/a ou persoa tutelada que obran no seu poder, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

De conformidade coa Lei orgánica 15/1999, do 13 decembro, de protección de datos de carácter persoal, os datos persoais recollidos na tramitación deste procedemento, cuxo tratamento e publicación autoricen as persoas interesadas mediante a presentación das solicitudes, serán incluídos nun ficheiro denominado "Relacións administrativas coa cidadanía e as entidades" co obxecto de xestionar o presente procedemento, así como para informar ás persoas interesadas sobre a súa tramitación. O órgano responsable deste ficheiro é Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social. Os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición poderanse exercer ante Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, mediante o envío dunha comunicación ao seguinte enderezo: San Caetano, s/n; 15.781 Santiago de Compostela ou a través dun correo electrónico a sxt.politicasocial@xunta.gal

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU DE QUEN EXERCE A SÚA REPRESENTACIÓN

Lugar e data

, de de 2018

Consellería de Política Social

Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade

Subdirección de Promoción de Autonomía Persoal e Prevención da Dependencia

Edificio Administrativo de San Caetano, s/n.

15781 Santiago de Compostela. A Coruña.