

## FICHA DE SOLICITUD INDIVIDUAL

### ACTUACIONES DE TURISMO Y TERMALISMO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD CONVOCATORIA 2024

Antes de cumplimentar la solicitud, lea con detenimiento las instrucciones

Nº SOLICITUD:

#### 1. DATOS DE LA ACTUACIÓN Indicar si la actuación solicitada es para vacaciones (turismo) o para termalismo

<input checked="" type="checkbox"/> VACACIONES Y TURISMO DE NATURALEZA <input type="checkbox"/> TERMALISMO	Fecha del turno: (dd/mm/aaaa) 22-27/4/25
Entidad ejecutante a la que solicita el turno:  APNABI Autismo Bizkaia	
Localidad y provincia de destino del turno: Hospitalet del Infante (Tarragona)	

#### 2. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NIF de la persona solicitante	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Domicilio (calle, número, escalera y piso):		Código postal:
Localidad del domicilio:		Provincia:
Teléfono:	Teléfono móvil	Correo electrónico:

#### 3. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en caso de ser menor de edad o tener tutor/a)

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:
NIF:		
Domicilio (calle, número, escalera y piso):		Código postal:

Localidad del domicilio:		Provincia:
Teléfono:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:

#### 4. DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE

Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NIF de la persona acompañante:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Teléfono móvil:	Correo electrónico:		Relación con el solicitante:	

#### 5. DATOS DE LA PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA A LA PERSONA INTERESADA CON DISCAPACIDAD

Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:
NIF:				
RAZÓN SOCIAL (cumplimentar si las medidas de apoyo las tiene atribuída una persona jurídica)				
Domicilio (calle, número, escalera y piso):			Código postal:	
Localidad del domicilio:			Provincia:	
Teléfono:	Teléfono móvil:		Correo electrónico:	
Relación con la persona solicitante: <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Defensor judicial <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Guardador de hecho				

#### 6. PROCEDENCIA: Indíquese si la persona solicitante es, o no es, socia de la entidad.

<input type="checkbox"/> La persona <b>es socia</b> de la entidad - o acude al Centro- con la que viaja: <input type="checkbox"/> La persona <b>no es socia</b> de la entidad -o no acude al Centro- con el que viaja:
---

## 7. DATOS DE LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE

Cumplimentar todas las casillas que apliquen a su situación

Grado de discapacidad  ____ %	Tipo de discapacidad			
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Intelectual	<input type="checkbox"/> Psicosocial	<input type="checkbox"/> Auditiva
	<input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> visual	

## 8. SOLICITUD DESCUENTO POR FAMILIA NUMEROSA

Nº de título de Familia numerosa en vigor:	Categoría de familia numerosa:
	<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Especial

## 9.a) DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA - U.E.C. (de la que depende económicamente el /la solicitante):

¿Es económicamente independiente y/o vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si responde NO, es decir, no vive solo o no es económicamente independientemente, indicar el número de miembros de la U.E.C. incluido el solicitante:	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
---	--	--

## 9. b) DATOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA, U.E.C. (de la que depende económicamente el /la solicitante):

Intervalos para incluir los ingresos económicos mensuales:	Caso de solicitante que vive solo o es económicamente independiente <b>Ingresos económicos personales mensuales:</b>	Caso de solicitante que no vive solo o no es económicamente independiente <b>Ingresos totales mensuales de la U.E.C. dividido entre el número de miembros (incluido solicitante)</b>
Hasta 517,90 €:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
De 517,91 a 600,00 €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
De 600,01 a 772,00 €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
De 772,01 a 825,20 €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
De 825,21 a 1.237,80 €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Más de 1.237,80 €	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 10. SOLICITUD DESCUENTO POR UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA (U.E.C.)

En el caso de familias con ingresos anuales iguales o inferiores a **10.875,90 €**

Total ingresos anuales de la unidad familiar de convivencia: ----- €

## 11. PARTICIPACIÓN CONVOCATORIA ANTERIOR

¿Participó en la convocatoria 2023/2024?     Sí     No

Entidad con la que participó: \_\_\_\_\_

La persona firmante acepta las condiciones relativas al viaje de esta solicitud y las establecidas en la resolución de convocatoria para 2024/2025.

En \_\_\_\_\_, a de \_\_\_\_\_ de 2025.

Fdo.:

Firma del solicitante, o en su caso, del representante legal, o persona que presta medidas de apoyo.

### INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

\*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 APNABI Autismo Bizkaia que recaba los datos a través del formulario y Plena inclusión España (Responsables del tratamiento), con la finalidad de tramitar su solicitud en la actuación de Vacaciones y turismo de Naturaleza desarrollada por Plena inclusión y financiada por el IMSERSO y Fundación ONCE. La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución de un contrato así como su consentimiento expreso.

Asimismo, le informamos de que para alcanzar la finalidad con la que se realiza el tratamiento, sus datos serán cedidos a Plena Inclusión España, como parte necesaria en el desarrollo de la acción anteriormente mencionada. 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: **Confederación, Plena inclusión**, enviando una carta a Calle General Perón, 32 1º dcha. 28020 Madrid, o a través de correo electrónico enviado a [rgpd@plenainclusion.org](mailto:rgpd@plenainclusion.org) indicando en el asunto del mismo "Protección de Datos".

#### DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD:

**Entidad subvencionada:** PLENA INCLUSIÓN ESPAÑA      **Nº turno:** \_\_\_\_\_

**Entidad ejecutante del turno:**

**Importe total cuota participación beneficiario / acompañante:** 187,56 €

**% sobre el coste / plaza (entre el 20% y el 60% del coste / plaza):** 60 %

**Descuentos por familia numerosa: General:** \_\_\_\_\_ €

**Especial:** \_\_\_\_\_ €

**Descuento por recursos U.E.C.:** \_\_\_\_\_ €