

MODELO 9: EJEMPLO DE 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   | FECHA DEL TURNO: (dd/mm/aaaa) |
| <input type="checkbox"/> TERMALISMO                                      | Del 22 al 27 de abril         |
| ENTIDAD SUBVENCIONADA A LA QUE SOLICITA EL TURNO: APNABI Autismo Bizkaia |                               |
| LOCALIDAD Y PROVINCIA DE DESTINO DEL TURNO<br>SALOU ( TARRAGONA)         |                               |

2. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

|                                                                        |                               |                                  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| PRIMER APELLIDO                                                        | SEGUNDO APELLIDO              | NOMBRE                           |
| SEXO<br><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

|                                            |                  |                    |
|--------------------------------------------|------------------|--------------------|
| 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 DEL ACOMPAÑANTE Persona mayor de 16 años que ayuda durante el viaje al/la solicitante en las actividades de la vida diaria

|                                                                        |                    |                                  |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| PRIMER APELLIDO                                                        | SEGUNDO APELLIDO   | NOMBRE                           |
| SEXO<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | NIF                | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) |
| TELÉFONO MÓVIL                                                         | CORREO ELECTRÓNICO |                                  |
| RELACIÓN CON EL SOLICITANTE                                            |                    |                                  |

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

- ☐ La persona **es socia** de la entidad - o acude al Centro- con la que viaja:
- ☐ La persona **no es socia** de la entidad -o no acude al Centro- con el que viaja:

6. DATOS DE LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE Cumplimentar todas las casillas que apliquen a su situación

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GRADO DISCAPACIDAD<br><br>____% | TIPO DE DISCAPACIDAD<br><br><input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA<br><br><input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> VISUAL |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

7. SOLICITUD DESCUENTO POR FAMILIA NUMEROSA

|                                           |                                                                                                     |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº DE TITULO DE FAMILIA NUMEROSA EN VIGOR | CATEGORÍA DE FAMILIA NUMEROSA<br>GENERAL <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

8. 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 -----€

9. PARTICIPACIÓN CONVOCATORIA ANTERIOR

¿PARTICIPÓ EN LA CONVOCATORIA 2023?      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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

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

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

|                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |                              |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------|
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                   | SEGUNDO APELLIDO                                                       | NOMBRE                       | Nº NIF/NIE    |
| RAZÓN SOCIAL (Cumplimentar si las medidas de apoyo las tiene atribuidas una persona jurídica)                                                                                                     |                                                                        |                              |               |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>(dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                               | SEXO<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | NACIONALIDAD                 | ESTADO CIVIL  |
| DOMICILIO                                                                                                                                                                                         |                                                                        | Nº /Blq / Escal / Piso / Pta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD                                                                                                                                                                                         | PROVINCIA                                                              | CORREO ELECTRÓNICO           | TELÉFONO      |
| RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE<br><input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Defensor judicial <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Guardador de hecho |                                                                        |                              |               |

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 Imsero podrá consultar los datos consignados en esta solicitud y recabará 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 oponerse a estas consultas marque la siguiente casilla  
esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

☐

y, en este caso, deberá aportar, junto a

En

, a

de

de

Fdo.:



**Actuación cofinanciada por el Imerso**

**DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD**

ENTIDAD SUBVENCIONADA:

Nº DE TURNO: \_\_\_\_

ENTIDAD EJECUTANTE DEL TURNO:

IMPORTE TOTAL CUOTA PARTICIPACIÓN PERSONA BENEFICIARIA / ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_ €

% SOBRE EL COSTE / PLAZA (entre el 20% y el 60% del coste / plaza: \_\_\_\_%)

DESCUENTO POR FAMILIA NUMEROSA:      GENERAL: \_\_\_\_€      ESPECIAL: \_\_\_\_€

DESCUENTO POR RECURSOS U.E.C.: \_\_\_\_€