

DOCUMENTACION NECESARIA PARA EL INGRESO

Alojamientos Alternativos Programa

<<VIVIEND@ JUNT@S>>

1. Solicitud cumplimentada.
2. Dos fotografías.
3. Fotocopia del DNI.
4. Fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social o de otra asistencia médica.
5. Informe médico, según modelo.
6. Fotocopia de los últimos tres años de la declaración de la Renta o certificado negativo, en su caso.
7. Certificado de pensiones, expedido por el organismo correspondiente.
8. Extractos bancarios en los que se refleje tanto el capital como los intereses de año en curso o del ejercicio inmediatamente anterior.
9. Ultimo recibo de la Contribución Urbana, relativo a los inmuebles de su propiedad.
10. Ultimo recibo de la Contribución Rústica, relativo a los inmuebles de su propiedad.
 - ✦ En caso de no ser poseer uno de estos bienes, deberá dejarlo reflejado mediante certificado catastral de bienes.
11. Fotocopia de la Cobertura de Decesos.
12. Declaración jurada según modelo.

Los solicitantes deberán comunicar a la Fundación Social ASVAI cualquier modificación que se produzca en su situación socio-económica y sanitaria, así como los cambios de domicilio. Así mismo, los solicitantes asumen la obligación de renovar la presente solicitud de ingreso, con una periodicidad anual, al objeto de mantener actualizada la lista de espera de solicitantes. En caso contrario, transcurrido ese tiempo, la solicitud, causará baja.

Se informa que los datos serán incorporados a un fichero sobre los cuales dispone de los derechos contemplados en la legislación vigente sobre PROTECCION DE DATOS PERSONALES, dirigiéndose a la siguiente dirección: ASVAI, C/ Chancillería, 3. 47003. Valladolid

SOLICITUD DE INGRESO

| | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------|---------------------------------|------------|---------------------|---------------|--|--|
| DATOS PERSONALES | DATOS DEL SOLICITANTE | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE | | | |
| | | SEXO | ESTADO CIVIL | | DNI | Nº SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| | | FECHA NACIMIENTO | | LUGAR DE NACIMIENTO Y PROVINCIA | | | | | |
| | | DOMICILIO(CALLE O PLAZA O NUMERO) | | | | | TELEFONO FIJO | | |
| | | TELEFONO MOVIL | | LOCALIDAD Y PROVINCIA | | | CODIGO POSTAL | | |
| | | | | | | | | | |
| | DATOS DE LOS FAMILIARES O TUTORES | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE | | | |
| | | TELEFONO FIJO | | DOMICILIO | | | | | |
| | | TELEFONO MOVIL | CORREO ELECTRONICO | | | PARENTESCO | | | |
| | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE | | | |
| TELEFONO FIJO | | DOMICILIO | | | | | | | |
| TELEFONO MOVIL | | CORREO ELECTRONICO | | | PARENTESCO | | | | |

| | | | PROVINCIA | CLASE DE PENSION | PROCEDENCIA | CUANTIA MENSUAL | Nº PAGAS EXTRAORDINARIAS AL AÑO | |
|------------------|----------------|----------------------|-----------|------------------|-------------|-----------------|---------------------------------|--|
| DATOS ECONOMICOS | PENSIONES | DEL SOLICITANTE | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | DEL CONYUGE | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | OTROS INGRESOS | ORIGEN Y PROCEDENCIA | | | CUANTIA | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------|---------------------|--|-------------------------|--|---|--|-------------------------|--|
| DATOS DE VIVIENDA | Indique VALOR CATASTRAL (si es propia) | | | | | | Indique IMPORTE ALQUILER (si es alquilada) | | | |
| | Dotación de la vivienda (Indique con SI o NO) | | | | | | | | | |
| | Agua caliente | | Electricidad | | Baño o sanitario | | Ascensor | | Radio Televisión | |
| | Internet | | Lavadora | | Frigorífico | | Calefacción | | Cocina | |
| | Condiciones de Higiene y Habitabilidad | | | | | | | | | |
| Humedad | | Ventilación | | | Luminosidad | | | | | |

Motivos por los que hace esta solicitud _____

| | |
|--------------------|--|
| DECLARACIÓN | <p>Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación de mi expediente o de mi expulsión del Piso, en el supuesto de haber sido ya admitido.</p> <p>Acepto ser derivado a un Centro Residencial Público y Privado cuando mis condiciones físicas o psíquicas me impidan valerme por mi mismo.</p> <p style="text-align: center;">....., A.....de.....de 20....</p> <p style="text-align: center;">Firma:</p> |
|--------------------|--|

| | |
|-------------------------------|---|
| AUTORIZACION DEL TUTOR | <p>Yo, D./Dña....., expreso mi conformidad a los gastos que conlleva la estancia de mi cónyuge o representado/ tutor legal o voluntario en el Piso.</p> <p>Y para que conste, a sus efectos, firmo la presente declaración en el lugar y fecha consignado ante el Secretario del Patronato de que suscribe.</p> <p>ANTE MI, EL SECRETARIO, FIRMA DEL TUTOR, DNI</p> |
|-------------------------------|---|

DECLARACIÓN JURADA

D./ Dña _____
MANIFIESTO, que al día de hoy mis ingresos totales, por todos los conceptos y que justifico con los documentos que se acompañan son:

BIENES:

| | RENTAS | VALOR |
|---------|--------|-------|
| TIERRAS | | |
| CASAS | | |
| LOCALES | | |
| OTROS | | |

INTERESES:

| | |
|--------------------------|--|
| CERTIFICADOS DE DEPOSITO | |
| PLAZO FIJO | |
| ACCIONES / OBLIGACIONES | |
| BONOS | |
| OTROS | |

DINERO EFECTIVO EN:

| | |
|---------------------|--|
| CARTILLA DE AHORROS | |
| CUENTA CORRIENTE | |
| OTROS | |

PENSIONES:

INGRESOS POR OTROS CONCEPTOS:

Y para que conste y en base a ello, se puedan realizar las comprobaciones oportunas.

Se informa que los datos serán incorporados a un fichero sobre los cuales dispone de los derechos contemplados en la legislación vigente sobre PROTECCION DE DATOS PERSONALES, dirigiéndose a la siguiente dirección: ASVAI, C/ Chancillería, 3. 47003. Valladolid

Valladolid, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.

INFORME MEDICO

Dada la incidencia del presente informe en la evaluación del expediente de solicitud de ingreso en el Piso tutelado "Viviend@ Junto@s", se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos en el informe, señalando la casilla correspondiente, o rellenando el apartado "otros" con el texto que proceda, en el supuesto de que no se dé ninguna de las situaciones indicadas.

Reconocimiento efectuado por el Doctor D/Dña. _____

Colegiado nº _____ de _____ médico de _____

al solicitante de ingreso en el Piso D/Dña. _____

y a su cónyuge D/Dña. _____

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS CRONICAS

APARATO RESPIRATORIO

- Limitación crónica del flujo aéreo
- Oxigenoterapia
- Otros _____

APARATO CIRCULATORIO

- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión
- Valvulopatías
- Arritmias
- Marcapasos
- Arteriopatías periféricas
- Otros _____

SISTEMA NERVIOSO

- Accidente cerebrovascular
- Parkinson
- Demencia
- Trastorno del equilibrio
- Depresión
- Otros _____

APARATO GENITO URINARIO

- Incontinencia
- Portador de sonda vesical
- Otros _____

SISTEMA NEUROLÓGICO

-Se vale por si mismo, en su aspecto psíquico, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria:

- SI**
- NO**

-Desorientación tempo-espacial:

- Trastornos LEVES**
- Trastornos IMPORTANTES O DE FORMA HABITUAL**
- Desorientación TOTAL**
- NINGUNA**

-Alteraciones de percepción:

- LEVES**
- MODERADAS**
- TOTALES**
- NINGUNA**

-Incoherencias en la comunicación:

- LIGERAS**
- FRECIENTES**
- TOTALES**
- NINGUNO**

-Descontrol emocional:

- LIGERO**
- IMPORTANTE**
- TOTAL**
- NINGUNA**

-Trastornos de la memoria

- LEVES**
- MODERADOS**
- GRAVES**
- NINGUNA**

-Trastornos de la conducta:

- LEVES**
- MODERADOS**
- GRAVES**
- NINGUNA**

APARATO DIGESTIVO (Especificar)

ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS (Especificar)

ALTERACIONES ENDOCRINAS, METABOLISMO Y NUTRICION

- Diabetes
- Patología tiroidea
- Malnutrición
- Otros _____

| |
|--|
| APARATO OSTEOMUSCULAR <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Artrosis <input type="checkbox"/> Amputaciones <input type="checkbox"/> Traumatismos <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| PATOLOGÍA SENSORIAL <input type="checkbox"/> Trastornos de visión <input type="checkbox"/> Trastornos de la audición <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| ENFERMEDAD TERMINAL <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| ENFERMEDAD CRONICA NO REFERENCIADA (Especificar) |
| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Especificar) |
| ALERGIAS CONOCIDAS |
| VACUNACIONES <input type="checkbox"/> Neumococo <input type="checkbox"/> Antitetánica <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| TRATAMIENTO ACTUAL (Especificar) |
| JUICIO CLINICO |
| OBSERVACIONES |

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firma y sello: