

DOCUMENTACION NECESARIA PARA EL INGRESO EN LA RESIDENCIA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

1. Solicitud cumplimentada.
 2. Dos fotografías.
 3. Fotocopia del DNI.
 4. Fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social.
 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 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.
 13. Fotocopia de la **resolución de ayuda a la dependencia en caso de tenerla tramitada o concedida**.

Los solicitantes deberán comunicar a la Dirección del Centro 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, nº 3. 47003 – Valladolid.

SOLICITUD DE INGRESO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

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

PLAZAS QUE SOLICITA	INDIVIDUAL	DOBLE
----------------------------	-------------------	--------------

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



Fundada el 20 de marzo de 1907
Entidad sin ánimo de lucro. Declarada de Utilidad Pública

Inscrita en el Registro de Asociaciones de la Junta de Castilla – León con el nº 155 e inscrita con el nº 6 en el Registro de Asociaciones de Valladolid. CIF: G-47022199

DATOS DE VIVIENDA	Indique VALOR CATASTRAL (si es propia)				Indique IMPORTE ALQUILER (si es alquilada)			
	Dotaciones de la vivienda (Indique con SI o NO)							
	Agua caliente		Luz eléctrica		Baño o sanitario		Ascensor	Televisión
	Radio		Lavadora		Nevera		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 de la Residencia, en el supuesto de haber sido ya admitido.</p> <p style="text-align: center;">....., A.....de.....de 20....</p> <p style="text-align: center;">Firma:</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 CATASTRAL
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, pudiendo contactar en la siguiente dirección: ASVAI, C/ Chancillería, nº 3. 47003 – Valladolid.

Valladolid, a ____ de ____ de ____

Fdo.

INFORME MEDICO

Dada la incidencia del presente informe en la evaluación del expediente de solicitud de ingreso en la *Residencia Nuestra Señora del Carmen*, 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.....
Colegiado nº.....de.....médico de.....
.....al solicitante de ingreso en la Residencia Nuestra Señora del Carmen D.....
y a su cónyuge D.....

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**
- FRECUENTES**
- 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 _____

<p>APARATO OSTEOMUSCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Artrosis <input type="checkbox"/> Amputaciones <input type="checkbox"/> Traumatismos <input type="checkbox"/> Otros _____
<p>PATOLOGÍA SENSORIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trastornos de visión <input type="checkbox"/> Trastornos de la audición <input type="checkbox"/> Otros _____
<p>ENFERMEDAD TERMINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Otros _____
<p>ENFERMEDAD CRONICA NO REFERENCIADA (Especificar)</p> <p>_____</p>
<p>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Especificar)</p> <p>_____</p>
<p>ALERGIAS CONOCIDAS</p> <p>_____</p>
<p>VACUNACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neumococo <input type="checkbox"/> Antitetánica <input type="checkbox"/> Otros _____
<p>TRATAMIENTO ACTUAL (Especificar)</p> <p>_____</p>
<p>JUICIO CLINICO</p> <p>_____</p>
<p>OBSERVACIONES</p> <p>_____</p>

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma y sello: