



CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

SOLICITUD DE PLAZA ESTANCIA TEMPORAL / RESIDENTE O CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

| TIPO DE DISCAPACIDAD | GRADO | REGISTRO DE ENTRADA |
|----------------------|-------|---------------------|
|----------------------|-------|---------------------|

1. DATOS PERSONALES

1.1. SOLICITANTE (DISCAPACITADO):

| | | | |
|---------------------|---------------|---|--|
| Apellidos | | | Nombre |
| NIF/NIE | Estado Civil | Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Nº afiliación S.S. |
| Lugar de nacimiento | Provincia | Fecha de nacimiento | |
| Domicilio | | | Incapacitado Legalmente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Localidad | Código Postal | ¿Está empadronado en Melilla? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Fecha: | |

1.2. TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---------------------|--------------|---|-----------------------------|
| Apellidos | | | Nombre |
| NIF/NIE | Estado Civil | Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Nº afiliación S.S. |
| Fecha de nacimiento | Provincia | Teléfono | Relación con el solicitante |

2. DATOS ECONÓMICOS

2.1. DECLARACIÓN ECONÓMICA DEL SOLICITANTE: (Ingresos Netos)

Pensiones, prestaciones económicas, retribuciones dinerarias, retribuciones alimenticias, etc.

| Tipo | Procedencia | Cuantía mensual | Cuantía anual |
|------|-------------|-----------------|---------------|
|------|-------------|-----------------|---------------|

Otro tipo de prestaciones

| Concepto | Cuantía anual |
|----------|---------------|
|----------|---------------|

3. SITUACIÓN FAMILIAR

3.1. UNIDAD FAMILIAR

| Personas con las que convive en la actualidad | | Parentesco | |
|---|--|-----------------------------|--|
| 1. | | 1. | |
| 2. | | 2. | |
| 3. | | 3. | |
| 4. | | 4. | |
| 5. | | 5. | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Algún miembro tiene discapacidad reconocida SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | nº personas.... De qué tipo | |

3.2. MOTIVO DE SOLICITAR EL INGRESO

| |
|--|
| |
|--|

3.3. TIPO DE INGRESO QUE SOLICITA

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| RESIDENTE <input type="checkbox"/> | CENTRO DE DÍA <input type="checkbox"/> | ESTANCIA TEMPORAL <input type="checkbox"/> FECHAS |
|------------------------------------|--|--|

4. DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

- CALIFICACIÓN MINUSVALIA
- VALORACIÓN DEPENDENCIA SI LA TUVIERA
- DNI DEL SOLICITANTE Y TUTOR
- SENTENCIA DE INCAPACITACIÓN SI LA HUBIERE
- CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO
- JUSTIFICANTE DE INGRESOS PERSONALES, O DE CAUSANTE DE PRESTACIÓN
- CARTILLA SANITARIA
- CARTILLA BANCARIA
- Certificado o informe médico actualizado de la Sanidad pública en el que se acredite la situación del solicitante, tratamiento y/o medicación, si la requiere, no padecer enfermedad infectocontagiosa ni enfermedad mental que impida el normal desarrollo de la convivencia.

5. DECLARACIÓN, FECHA Y FIRMA

Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden, y los documentos que acompañan a la solicitud, y conocer que la ocultación o falsedad de datos puede ser motivo para anular la solicitud.

Acepto las condiciones y normas internas de funcionamiento del centro y el compromiso de solicitar plaza en IMSERSO en el momento en que cumpla los requisitos.

Conozco mi deber de aportar el 75% de mis ingresos por la estancia en el centro si es tipo residente o estancia temporal y el 25% si es para centro de día.

La administración de la Ciudad Autónoma de Melilla podrá consultar los datos pertinentes para la resolución y tramitación del expediente, en concreto los datos padronales, de naturaleza tributaria, del Servicio Público de Empleo Estatal, Catastrales, de la Tesorería de la Seguridad Social, prestaciones públicas del INSS, condición de becado de Educación, sobre concesión de ayudas y/o subvenciones, grado o nivel de dependencia y datos de identidad, todos ellos al amparo de lo establecido en el Reglamento regulador de las ayudas económicas y servicios para la atención de necesidades sociales de la Ciudad Autónoma de Melilla y demás normativa que sea de aplicación.

El solicitante, en caso de considerar que no se deben consultar sus datos personales (establecidos en el párrafo anterior), además de aportar la totalidad de la documentación necesaria para la tramitación del expediente, deberá justificar su oposición ejerciendo su derecho mediante documento que se podrá acompañar a la presente solicitud, o a través de la Sede Electrónica de la Ciudad Autónoma de Melilla.

Consiente el tratamiento de los datos personales de este formulario para los fines recogidos en el mismo.

PROTECCIÓN DE DATOS: La Dirección General de Servicios Sociales es la **responsable** del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado **“Prestaciones Sociales Relacionadas con la Salud”**. La **finalidad** del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La **legitimación** del tratamiento es el consentimiento del afectado e interés público, marcando la casilla destinada al efecto. Los datos sólo podrán ser **cedidos** a terceros cuando ello resulte necesario por motivos de control o gestión de sus competencias y al amparo de una norma que lo legitime. Los **derechos** de los interesados relacionados en los artículos 15 a 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 podrán ejercerse utilizando los medios recogidos en la [Política de Privacidad de la Ciudad Autónoma de Melilla](#). Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos <https://sede.melilla.es> y en el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) indicados anteriormente en esta página.

Firma del Solicitante

Firma del tutor o guardador de hecho

Melilla, a ____ de ____ de ____

EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A DE POLÍTICAS SOCIALES Y SALUD PÚBLICA.



CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA

Consejería de Políticas Sociales y Salud Pública
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

DECLARACIÓN JURADA

NOMBRE Y APELLIDOS SOLICITANTE O TUTOR LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONOS:

D.N.I.:

DECLARO: en mi nombre o en nombre de la persona a la que represento;

1. No padecer enfermedad infectocontagiosa, ni trastorno de la conducta que pueda alterar la convivencia en el centro (se adjunta informe médico)
2. No haber sido sancionado con expulsión definitiva de centro de similares características.
3. No padecer enfermedad que precise la atención imprescindible y continuada en centro Hospitalario.

Notifico bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos los datos que figuran en la adjunta solicitud, así como la documentación presentada. La falsedad de los datos declarados o la documentación aportada para la acreditación de las circunstancias a valorar conllevará la exclusión de la solicitud, sin perjuicio de la exigencia de responsabilidades de otro orden que se pudieran exigir.

Consiente el tratamiento de los datos personales de este formulario para los fines recogidos en el mismo.

PROTECCIÓN DE DATOS: La Dirección General de Servicios Sociales es la **responsable** del tratamiento de los datos personales incluidos en este formulario que serán incorporados al tratamiento denominado “**Prestaciones Sociales Relacionadas con la Salud**”. La **finalidad** del mismo es la tramitación de su solicitud, incorporación al expediente y resolución del mismo. La **legitimación** del tratamiento es el consentimiento del afectado e interés público, marcando la casilla destinada al efecto. Los datos sólo podrán ser **cedidos** a terceros cuando ello resulte necesario por motivos de control o gestión de sus competencias y al amparo de una norma que lo legitime. Los **derechos** de los interesados relacionados en los artículos 15 a 21 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 podrán ejercerse utilizando los medios recogidos en la [Política de Privacidad de la Ciudad Autónoma de Melilla](#). Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos <https://sede.melilla.es> y en el [Registro de Actividades de Tratamiento](#) indicados anteriormente en esta página.

En Melilla a _____ de _____ de _____

Declaración firmada por D/Dña.

Solicitante

Tutor legal

Fdo.: _____

Excmo./a. Sr/a. Consejero/a de Políticas Sociales y Salud Pública.