



ANEXO 3

**SOLICITUD DE INGRESO EN CENTRO DE DÍA, O DE AYUDA ECONÓMICA
INDIVIDUAL PARA INGRESO EN CENTRO DE DÍA, ACOGIDA AL DECRETO FORAL
Nº 145/2001 DE 22 DE AGOSTO DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA.**

1.- Datos del/la solicitante.

Apellido 1		Apellido 2				
Nombre		D.N.I.		Estado Civil		
Dirección habitual		Nº	Piso	Puerta	Código Postal	Teléfono
Municipio		Fecha de Nacimiento				

2¹.- Persona de referencia

/ Representante

Apellido 1		Apellido 2				
Nombre		D.N.I.		Estado Civil		
Dirección habitual		Nº	Piso	Puerta	Código Postal	Teléfono
Municipio	Fecha de Nacimiento		Vínculo con el/la solicitante			

3.- Domicilio a efectos de Notificaciones.

Dirección	Nº	Piso	Puerta	Código Postal	Teléfono
-----------	----	------	--------	---------------	----------

4.- Centro de Día solicitado:

--

Declaro que son ciertos todos los datos de esta solicitud y los documentos que la acompañan, así como también los que he facilitado a los profesionales que firman los informes adjuntos. Me comprometo a aportar los documentos que sean necesarios para la acreditación de los aspectos sociales, de autonomía personal y del estado de salud que manifiesto, a los efectos de poder dictar las resoluciones pertinentes, y estoy informado de que la aportación de datos o documentos falseados o inexactos podrán ser motivo para cancelar o dejar sin efecto mi solicitud o la concesión posterior, sin perjuicio de que se puedan emprender las acciones legales procedentes.

Al mismo tiempo autorizo a que estos datos puedan ser facilitados a los servicios o programas que se me asignen.

En _____, a _____ de _____ - de 2.0 _____

Firma del/la solicitante	Firma de la persona de referencia o representante legal
Causa por la que no puede firmar:	

¹ Indique con una X si es persona de referencia o representante (tutor/a, etc.) del/la solicitante.



INFORME MÉDICO A APORTAR JUNTO CON LA SOLICITUD

Informe realizado por D./Dña. _____
Licenciado/a en Medicina y Cirugía, Colegiado en _____ **con el N°** _____
Referente a D./Dña. _____

1.- DIAGNÓSTICOS MÉDICOS.

- | | |
|----------|----------|
| a) _____ | e) _____ |
| b) _____ | f) _____ |
| c) _____ | g) _____ |
| d) _____ | h) _____ |

2.- TRATAMIENTOS.

- | | |
|----------|----------|
| a) _____ | e) _____ |
| b) _____ | f) _____ |
| c) _____ | g) _____ |
| d) _____ | h) _____ |

3.- DETERIORO COGNITIVO (Grado de desorientación...)

4.- TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	No presenta	Leves	Graves
5.- TRASTORNOS DEL SUEÑO	No presenta	Leves	Graves
6.- DEAMBULACIÓN	Solo/a	Con ayuda técnica	
	Ayuda de personas	Silla de ruedas	Encamado
7.- INCONTINENCIA	FECAL	SI	NO
	URINARIA	SI	NO
8.- VESTIDO	Independiente	Ayudado	Dependiente
9.- ASEO	Independiente	Ayudado	Dependiente

En _____ a _____ de _____ de 2.0__

Firma



**Bizkaiko Foru
Aldundia**

Gizartekintza Saila

**Diputación Foral
de Bizkaia**

Departamento de Acción Social

**DOCUMENTO DE LIBRE ACEPTACIÓN DE INGRESO EN CENTRO DE DÍA PARA
PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.**

D/Dña: _____

Con D.N.I.: _____

Manifiesta que acepta libremente ingresar en un Centro de Día para Personas Mayores Dependientes.

En _____ a _____ de _____ de 2.0 ____

<p>Firma del/la solicitante</p> <p>Causa por la que no puede firmar:</p>	<p>Firma de la persona de referencia o representante legal</p>
---	--



**Bizkaiko Foru
Aldundia**

Gizartekintza Saila

**Diputación Foral
de Bizkaia**

Departamento de Acción Social

DECLARACIÓN JURADA DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA.

Que formula D./Dña: _____ con D.N.I.: _____
o en su caso representado por D./Dña: _____ con D.N.I.: _____
_____ en relación a la solicitud de ingreso en Centro de Día para Personas Mayores
Dependientes de titularidad foral, concertado o convenido, o de ayuda económica individual para ingreso en
plazas de Centro de Día para Personas Mayores Dependientes no sujetas a convenio o concierto.

DECLARO:

1) Que los ingresos de la Unidad Familiar son los siguientes:

		Tipo y/o procedencia	Cantidad Mensual	Cantidad Total
Solicitante	Pensiones			
	Otros			
Cónyuge	Pensiones			
	Otros			
Otros miembros	Pensiones			
	Otros			
Total				

2) Que el/la solicitante y los/las miembros de su unidad familiar poseen el capital mobiliario siguiente:

Entidad Bancaria	Saldo actual	Saldo medio del año anterior
Total		

En _____, a _____ de _____ de 2.0 ____

Firma del/la solicitante	Firma de la persona de referencia o representante legal
Causa por la que no puede firmar:	