



SOLICITUD DE INGRESO SERVICIO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

I. Datos del/a Solicitante

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre	
Sexo: M H	Estado Civil	N.º D.N.I.	Asistencia Sanitaria: Seguridad Social MUFACE Otras			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento			Provincia		
Domicilio		N.º	Piso	Puerta	Escalera	Teléfono
Localidad		Código Postal		Provincia		
Tipo de minusvalía:						
Prestaciones que percibe: PNC.....PF.....LISMI.....Orfandad.....Otras (especificar).....						

II. Datos de la representante: Madre

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre	
N.º D.N.I.		Relación con el solicitante				
Domicilio		N.º	Piso	Puerta	Escalera	Teléfono
Localidad		Código Postal		Provincia		

III. Datos del representante: Padre

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre	
N.º D.N.I.		Relación con el solicitante				
Domicilio		N.º	Piso	Puerta	Escalera	Teléfono
Localidad		Código Postal		Provincia		

IV. Datos del/a representante: Otros/as

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre	
N.º D.N.I.		Relación con el solicitante				
Domicilio		N.º	Piso	Puerta	Escalera	Teléfono
Localidad		Código Postal		Provincia		



SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

- VIVE SOLO/A
- ROTA POR DIVERSOS DOMICILIOS DE FAMILIARES
- VIVE CON PERSONAS NO FAMILIARES O HERMANOS/AS MAYORES
- VIVE EN CENTRO O INSTITUCIÓN
- VIVE CON SU PAREJA
- VIVE CON LA MADRE
- VIVE CON EL PADRE
- VIVE CON LA MADRE Y EL PADRE
- OTRAS SITUACIONES

NECESIDADES DE ATENCIÓN

Realización de las actividades de la vida diaria

Comer <input type="checkbox"/>	Asearse <input type="checkbox"/>	Vestirse <input type="checkbox"/>	Usar el baño <input type="checkbox"/>
Caminar <input type="checkbox"/>	Control esfínteres <input type="checkbox"/>	Otras: <input type="checkbox"/>	

Personas que lo atienden habitualmente

Padre <input type="checkbox"/>	Otros familiares <input type="checkbox"/>
Madre <input type="checkbox"/>	Empleada de hogar <input type="checkbox"/>
Otras: <input type="checkbox"/>	

Actividades de frecuencia no diaria

Limpieza de vivienda <input type="checkbox"/>	Compras <input type="checkbox"/>
Otras: <input type="checkbox"/>	

Servicios que recibe

Ayuda a domicilio <input type="checkbox"/>	Vivienda tutelada <input type="checkbox"/>	Ayuda económica <input type="checkbox"/>
Comedor <input type="checkbox"/>	Teleasistencia <input type="checkbox"/>	Hogar o club <input type="checkbox"/>
Otras: <input type="checkbox"/>		

Calificar la atención que recibe

Con graves carencias <input type="checkbox"/>	Inadecuada <input type="checkbox"/>	Insuficiente <input type="checkbox"/>	Adecuada <input type="checkbox"/>
Especificar los motivos: <input type="checkbox"/>			

....., a de de 20

FIRMA