



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



CENTRO DE PRESENTACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL O C. AUTÓNOMA	SERVICIOS CENTRALES	
Fecha	Fecha	Fecha	Nº Registro

## SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMERSO)

### ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE RELLENAR ESTA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES (1)

<b>DATOS PERSONALES (2)</b>	<b>DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (2.1)</b>	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		
		SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DNI		TIENE SEGURIDAD SOCIAL (3)		
		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		PROVINCIA		
				LOCALIDAD				
		DOMICILIO (Calle o Plaza y Número)				TELÉFONO	MÓVIL	
		LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	NACIONALIDAD		
		DIRECCIÓN ACTUAL (Hospital, etc.)				TELÉFONO	MÓVIL	
		ACTIVIDAD LABORAL						
		TIPO DE DISCAPACIDAD (4)						
		<b>DATOS DEL REPRESENTANTE o PERSONA DE CONTACTO (2.2)</b>	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
Nº DNI			RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE					
DOMICILIO (Calle o Plaza y Número)				TELÉFONO	MÓVIL			
LOCALIDAD			CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA				
CURSO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE: (5)								
<b>DATOS ECONÓMICOS (6)</b>		INGRESOS TOTALES FAMILIARES		Nº DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR		RENTA PER CÁPITA		

<b>CENTRO SOLICITADO (7)</b>	<b>TIPO DE CENTRO (7.1)</b>			<b>TIPO DE PLAZA (7.2)</b>		<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td></tr> </table>		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	A	B	C	D	E												
F	G	H	I	J													
<b>CENTROS SOLICITADOS (7.3)</b>																	

### DECLARACIÓN

Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden, así como los facilitados para la elaboración de los informes preceptivos para la valoración del expediente, y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente o la expulsión del Centro, en el supuesto de haber sido admitido.

, a de de  
Firma

## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Escriba con claridad para evitar errores de interpretación, a ser posible, a máquina o con letras de imprenta
2. **Datos personales:**
  - 2.1. **De la persona solicitante:**  
Se deberán cumplimentar todos los casilleros referidos a la persona solicitante
  - 2.2. **Del representante o persona de contacto:**
    - En caso de que solicite la admisión de una persona incapacitada, deberá cumplimentar los casilleros referidos al representante.
    - Indíquese la relación familiar (padre, madre, hermano/a, abuelo/a, etc.) o legal (tutor/a, etc.) que tenga con la persona solicitante.
3. **Número y letra de tarjeta sanitaria.**
4. **Tipo de discapacidad, demencia o enfermedad. Indíquese si es:**
  - a) Física y/o sensorial.
  - b) Intelectual.
  - c) Intelectual con discapacidades físicas asociadas.
  - d) Demencia (diagnóstico)
  - e) Enfermedad rara (diagnóstico)
5. **Curso de formación profesional**  
Se deberá cumplimentar cuando la solicitud sea para un Centro de Recuperación de personas con discapacidad Física (CRMF).
6. **Datos Económicos:** Indíquese la renta *per cápita* familiar cuando la solicitud sea para un Centro de Atención a personas con discapacidad Física (CAMF).
7. **Centro Solicitado**
  - 7.1. **Tipo de Centro:**
    - CAMF: Cuando se precise plaza para personas con discapacidad física gravemente afectadas.
    - CRMF: Cuando se precise plaza para personas con discapacidad física y/o sensorial con posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional.
    - CRMF y CAP de Bergondo (A Coruña): Cuando se precise plaza para personas con discapacidad física y/o sensorial con posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional, que requieran programas de alta especialización para potenciar la autonomía y recuperación de las personas con daño cerebral.
    - CEADAC: Cuando se precise plaza para personas afectadas de lesión cerebral adquirida y no progresiva de cualquier causa con carácter grave con posibilidad real de recuperación funcional.
    - CRE para la Atención a Personas con Grave Discapacidad y para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de San Andrés del Rabanedo (León).
    - CRE de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca.
    - CRE de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos
  - 7.2. **Tipo de plaza:** (señale con una "X" la modalidad elegida)
    - 7.2.1. **CAMF, CRMF y CAP de Bergondo (A Coruña) y CRE de San Andrés del Rabanedo (León)**
      - A) Residencial
      - B) Centro de Día
      - C) Ambulatoria
    - 7.2.2. **CRE de Alzheimer, Salamanca**
      - D) Centro de Día
      - E) Centro de Noche
      - F) Residencial Temporal
      - G) Residencial de Respiro Familiar
      - H) Estancias breves de familias
    - 7.2.3. **CRE de Enfermedades Raras, Burgos**
      - I) Diurna de Atención Sociosanitaria
      - J) Residencial de Respiro Familiar
  - 7.3. **Centros solicitados:** Indíquese cuatro opciones, como máximo.
8. Para más información sobre los Centros del Imsero y los servicios que presentan, pueden consultar la página [www.imsero.es](http://www.imsero.es)

**Normativa de aplicación:** [Resolución de 26 de agosto de 1987, de la Dirección General del INSERSO](#) (BOE 1 de octubre de 1987)

### A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL IMSERSO O UNIDAD COMPETENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN LA QUE SE PRESENTE LA SOLICITUD

Bastanteo de los documentos que deben acompañar a la solicitud

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI                   | <input type="checkbox"/> Informe Social          | <input type="checkbox"/> Informe Psicológico                         |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI del representante | <input type="checkbox"/> Informe médico          | <input type="checkbox"/> Anexo I, II o III de la Resolución 26/08/87 |
| <input type="checkbox"/> Certificado de minusvalía           | <input type="checkbox"/> Fotocopia Libro Familia | <input type="checkbox"/> Fotocopia cartilla Seguridad Social         |

SUPERVISADO CON FECHA: \_\_\_\_\_

SUPERVISADO CON FECHA: \_\_\_\_\_

Y PENDIENTE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.

Y CONFORME.

El/La funcionario/a

El/La funcionario/a