**FICHA DE SOLICITUD**

Datos de la persona con discapacidad

|  |
| --- |
| Nombre y Apellidos: |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):   | DNI:  |
| Grado de discapacidad:  |
| Diagnóstico determinado en el certificado de discapacidad:  |

Datos del solicitante del servicio

|  |
| --- |
| Nombre y Apellidos: |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):  | DNI:  |
| Parentesco (padre, madre, hermano/a…): |

Datos de contacto

|  |
| --- |
| Dirección del domicilio familiar (Calle, nº, CP):  |
| Teléfono fijo:  | Teléfono Móvil 1: | Teléfono Móvil 2: |
| Correo electrónico 1:  |  |
| Correo electrónico 2:  |  |

**¿Pertenece a alguna entidad miembro de ASPACE Madrid?** [ ]  Sí [ ]  No

Especifique la entidad:

Motivo de la solicitud

[ ]  Necesidad de descanso de la familia por sobrecarga y/o situación de estrés

[ ]  Hospitalización, enfermedad y/o urgencia médica de algún miembro de la unidad familiar

 [ ]  Fallecimiento de un familiar cercano

 [ ]  Necesidad de atención a otros miembros de la familia, por enfermedad, otras discapacidades…

 [ ]  Compromisos familiares

 [ ]  Realización de actividades sociales y de ocio por parte de la familia

 [ ]  Asistencia a actividades laborales puntuales: reuniones, cursos…

 [ ]  Otros (especificar):

Día y horario solicitado

Servicio de Respiro a Domicilio para el día del mes de 2017, desde las horas hasta las horas

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, le comunicamos que los datos facilitados a través de este formulario podrán ser incorporados en los ficheros de ASPACE MADRID con la finalidad de gestionar el servicio prestado. El interesado consiente en que sus datos puedan ser comunicados a terceras entidades si fuera necesario para la prestación del servicio. El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante ASPACE MADRID: aspacemadrid@aspacemadrid.es

**AUTORIZACIÓN**

Yo, D/Dña. con DNI en representación de mi familiar , AUTORIZO al profesional contratado por ASPACE Madrid para el Servicio de Respiro Familiar a domicilio:

 [ ]  A suministrarle la medicación prescrita por el médico siempre que sea necesario.

A continuación, se detalla la medicación la cual autorizo que sea suministrada:

 [ ]  A que en caso de urgencia, y siempre que no haya podido contactar conmigo, pueda contactar con la persona que autorizo a continuación: ,con DNI y teléfono

 [ ]  A que en caso de urgencia médica, y siempre que no haya podido contactar conmigo ni con la persona autorizada, tome las medidas oportunas.

En Madrid, a de del 2017

Fdo.: D/ Dña.

(Padre, Madre o Tutor/a)

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, le comunicamos que los datos facilitados a través de este formulario podrán ser incorporados en los ficheros de ASPACE MADRID con la finalidad de gestionar el servicio prestado. El interesado consiente en que sus datos puedan ser comunicados a terceras entidades si fuera necesario para la prestación del servicio. El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante ASPACE MADRID: aspacemadrid@aspacemadrid.es

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, le comunicamos que los datos facilitados a través de este formulario podrán ser incorporados en los ficheros de ASPACE MADRID con la finalidad de gestionar el servicio prestado. El interesado consiente en que sus datos puedan ser comunicados a terceras entidades si fuera necesario para la prestación del servicio. El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante ASPACE MADRID: aspacemadrid@aspacemadrid.es