

PROCEDEMENTO PROGRAMA BENESTAR EN BALNEARIOS	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS607A	DOCUMENTO SOLICITUDE
--	---	--------------------------------

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO

DATA DE NACEMENTO N° DE TARXETA SANITARIA

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATOS PARA EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Notifíquese á persoa solicitante.

Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación ao correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir:

TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE (poderá ser cambiado en calquera momento da tramitación do procedemento)

Electrónica a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia Notific@, <https://notifica.xunta.gal>. Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico asociado ao NIF da persoa indicada.

Postal (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente).

As notificacións que se practiquen en papel estarán tamén á disposición da persoa indicada anteriormente no Sistema de notificación electrónica de Galicia Notific@, para que poida acceder ao seu contido de forma voluntaria.

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

DATOS DO/DA FILLO/A CON DISCAPACIDADE

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATA DE NACEMENTO N° DE TARXETA SANITARIA PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE

DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE (cónxuxe, relación análoga á conxugal ou outra persoa)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DE NACEMENTO	Nº DE TARXETA SANITARIA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

DESTINOS E DATAS SOLICITADAS (véxase a relación de destinos e datas que se ofertan no anexo IV e indíquese ata tres por orde de preferencia)

1º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE SAÚDE DA PERSOA SOLICITANTE

Válese por si mesma para as actividades da vida diaria SI NON

Presenta:

Enfermidade transmisible con risco de contaxio SI NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia SI NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento termal SI NON

Outras enfermidades SI NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Precisa algún tipo de:

Tratamento SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Dieta SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Apoio SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Outros datos que queira facer constar:

DATOS ECONÓMICOS

CONTÍA MENSUAL LÍQUIDA (€)

PROCEDENTES DE

PENSÍONS OUTROS Indíquese cales:

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.
2. Que a documentación que se achega está vixente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

<input type="checkbox"/> Copia do pasaporte, se procede.			
<input type="checkbox"/> Anexo II, se procede.			
<input type="checkbox"/> Anexo III, se procede.			
<input type="checkbox"/> Certificado das pensións percibidas, non outorgadas polo INSS nin pola Xunta de Galicia.			
	PRESENTADO	CÓD. PROC.	ANO
<input type="checkbox"/> Copia do libro de familia, no caso de que acuda ao programa acompañada dun/dunha fillo/a con discapacidade.	<input type="checkbox"/>		

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta electrónica automatizada. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar os devanditos documentos.	DENEGO E PRESENTO O DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Copia do DNI ou NIE.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de empadramento.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copia da declaración do imposto da renda das persoas físicas correspondente ao último período en que se presente a solicitude.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado das pensións percibidas, outorgadas polo INSS.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado das pensións percibidas, outorgadas pola Xunta de Galicia.	<input type="checkbox"/>

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a sxt.politicassocial@xunta.gal

LEXISLACIÓN APLICABLE

Orde do 8 de marzo de 2017 pola que se regula a oferta de prazas para as estadias e o tratamento termal dentro do programa de Benestar en balnearios 2017, e se procede á súa convocatoria.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de

DATOS DO/DA FILLO/A DA PERSONA SOLICITANTE

DATOS DO/DA FILLO/A CON DISCAPACIDADE

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATOS DE SAÚDE DO/DA FILLO/A DA PERSONA SOLICITANTE

Válese por si mesmo/a para as actividades da vida diaria SI NON

Presenta:

Enfermidade transmisible con risco de contaxio SI NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia SI NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento termal SI NON

Outras enfermidades SI NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Precisa algún tipo de:

Tratamento SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Dieta SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Apoio SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Outros datos que queira facer constar:

O/A FILLO/A DA PERSOA SOLICITANTE DECLARA:

1. Que todos os datos que figuran nesta solicitude e nos documentos que se xuntan son certos.
2. Que a documentación que se xunta está vixente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

<input type="checkbox"/> Copia do pasaporte, se procede.			
	PRESENTADO	CÓD. PROC.	ANO
<input type="checkbox"/> Certificado do grao de discapacidade se o dito certificado non foi expedido pola Xunta de Galicia.	<input type="checkbox"/>		

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta electrónica automatizada. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar os devanditos documentos.	DENEGO E PRESENTO O DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Copia do DNI ou NIE.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de empadramento.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado do grao de discapacidade expedido pola Xunta de Galicia.	<input type="checkbox"/>

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a sxt.politicasocial@xunta.gal

SINATURA DO/DA FILLO/A DA PERSOA SOLICITANTE

Lugar e data , de de

DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE

DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE (cónxuge, relación análoga á conxugal ou outra persoa)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATOS DE SAÚDE DA PERSOA ACOMPAÑANTE

Válese por si mesma para as actividades da vida diaria SI NON

Presenta:

Enfermidade transmisible con risco de contaxio SI NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia SI NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento termal SI NON

Outras enfermidades SI NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Precisa algún tipo de:

Tratamento SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Dieta SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Apoio SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Outros datos que queira facer constar:

DATOS ECONÓMICOS

CONTÍA MENSUAL LÍQUIDA (€)

PROCEDENTES DE

PENSIÓNS OUTROS Indíquese cales:

A PERSOA ACOMPAÑANTE DECLARA:

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.
2. Que a documentación que se achega está vixente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- Copia do pasaporte, se procede.
- Certificado das pensións percibidas, non outorgadas polo INSS nin pola Xunta de Galicia.

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta electrónica automatizada. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar os devanditos documentos.	DENEGO E PRESENTO O DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Copia do DNI ou NIE.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de empadramento.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copia da declaración do imposto da renda das persoas físicas correspondente ao último período en que se presente a solicitude.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado das pensións percibidas, outorgadas polo INSS.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado das pensións percibidas, outorgadas pola Xunta de Galicia.	<input type="checkbox"/>

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a sxt.politicasocial@xunta.gal

SINATURA DA PERSOA ACOMPAÑANTE

Lugar e data

, de de