



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



IMSERSO

Espacio reservado para el sello del registro

## SOLICITUD DE PLAZA EN TURNOS DEL PROGRAMA DE TERMALISMO SOCIAL

1. Apellidos del solicitante (en matrimonios indicar el cónyuge que percibe la pensión, en caso que solo uno la perciba)				2. Nombre de La persona solicitante				
3. Sexo de la persona solicitante		4. Estado Civil de la persona solicitante		5. Nº del NIF del solicitante		6. Fecha de nacimiento del solicitante		
				-		Día	Mes	Año
7. Domicilio (calle, número, escalera y piso)				8. Nº del teléfono		9. Nº del teléfono móvil		
10. Nº del FAX		11. Localidad del domicilio				12. Cód. Postal		
13. Provincia del domicilio				14. Correo electrónico				
15. Apellidos del cónyuge				16. Nombre del cónyuge				
17. Sexo del cónyuge		18. Nº del NIF del cónyuge		19. Fecha de nacimiento del cónyuge				
		-		Día	Mes	Año		
20. FAMILIAS NUMEROSAS.- Tipo de familia numerosa				21. FAMILIAS NUMEROSAS.- NUMERO DE CARNET EN VIGOR				

**Si Vd. desea se valore su pertenencia a Familia Numerosa, deberá adjuntar, junto con la solicitud, una fotocopia del Carnet de Familia Numerosa vigente**

22. Cumplimentar solo en el supuesto de que quiera unir su solicitud a la de otra persona	
Apellidos de la persona titular de la otra solicitud	Nombre de la persona titular de la otra solicitud
Nº NIF de la persona titular de la otra solicitud	
-	

**Para unir la solicitud a la de otra persona, la otra persona debe cumplimentar igualmente su solicitud e indicar que también ella quiere unir su solicitud a la de Vd. Asimismo, deberá pedir los mismos balnearios y meses que Vd. y por el mismo orden de preferencia.**

23. BALNEARIOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA									
1.º			2.º						
3.º			4.º						
Vd. puede señalar hasta cuatro balnearios concretos o bien hasta cuatro Comunidades Autónomas, entendiéndose, en este caso, que opta a todos los balnearios existentes en dichas Comunidades. Igualmente, puede combinar en su elección balnearios concretos y Comunidades Autónomas.									
24. ¿Para quién solicita las plazas?:		Solo para la persona solicitante	Solo para el cónyuge	Para ambos cónyuges	25. TIPO DE TURNO SOLICITADO		Turno de 12 días de duración	Turno de 10 días de duración	Sin preferencia en la duración
Marcar con una "X" para quien solicita Vd. la plaza				Vd. puede optar a un turno de 12 días, o a un turno de 10 días o señalar sin preferencia. 9b' el caso de no señalar nada se entenderá que opta a un turno de 12 días					
26. MESES EN QUE DESEA DISFRUTAR DE PLAZA (Si el turno se desarrolla durante días de 2 meses, se considera que pertenece al mes en que transcurran mas días del turno)									
1.º			2.º			3.º			4.º
Vd. puede señalar hasta cuatro meses concretos o bien indicar "SIN PREFERENCIA". Igualmente, puede combinar meses concretos y, como última opción, "SIN PREFERENCIA".									

27. DATOS ECONÓMICOS							
DE LA PERSONA SOLICITANTE			DEL CÓNYUGE				
Clase de pensión		Cuantía mensual		Clase de pensión	Cuantía mensual		
(Jubilación, Invalidez, Viudedad, Orfandad, etc.)		Euros	Cent.	(Jubilación, Invalidez, Viudedad, Orfandad, etc.)		Euros	Cent.
OTROS INGRESOS PERIÓDICOS DISTINTOS A LAS PENSIONES DE CUALQUIERA DE LOS CÓNYUGES							
(Salario del cónyuge en activo, Rentas de Capital o Agrarias, Alquileres, etc.) - CUANTÍA MEDIA MENSUAL :							
Euros.							

**PARA COMPLETAR SU SOLICITUD DEBE CUMPLIMENTAR NECESARIAMENTE LA DECLARACIÓN REFLEJADA AL DORSO**

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA PLAZA

D. /Dña. \_\_\_\_\_ con NIF número \_\_\_\_\_ -

### DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que  me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "SI" o "NO")

Que  presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "SI" o "NO")

Que  padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "SI" o "NO")

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad:

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Reumatológico          | <input type="checkbox"/> b) Respiratorio  | <input type="checkbox"/> c) Digestivo     |
| <input type="checkbox"/> d) Renal y vías urinarias | <input type="checkbox"/> e) Dermatológico | <input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico |

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a) Cadera o rodilla | <input type="checkbox"/> b) Columna | <input type="checkbox"/> c) Hombro        |
| <input type="checkbox"/> d) Muñeca o mano    | <input type="checkbox"/> e) Codo    | <input type="checkbox"/> f) Tobillo o pie |

Que tengo o padezco:

- |   |                                   |  |                                     |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme | <input type="checkbox"/> b) Dolor | <input type="checkbox"/> c) Deformidad | <input type="checkbox"/> d) Rigidez |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) | <input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc..) | <input type="checkbox"/> Número recaídas en los últimos doce meses |
|--|--|--|

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) ingresos en el hospital en el último año | <input type="checkbox"/> b) que tomar más de dos medicamentos diariamente | <input type="checkbox"/> c) muchos síntomas | <input type="checkbox"/> d) que tomar oxígeno diariamente. |
|--|---|---|--|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

- Que acepto que el Inmerso verifique los datos económicos reflejados en la presente solicitud con los que obran en la Administración y en la Seguridad Social.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CÓNYUGE (rellenar, por el cónyuge, si se solicita plaza para él)

D. /Dña. \_\_\_\_\_ con NIF número \_\_\_\_\_ -

### DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que  me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "SI" o "NO")

Que  presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "SI" o "NO")

Que  padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "SI" o "NO")

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad:

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Reumatológico          | <input type="checkbox"/> b) Respiratorio  | <input type="checkbox"/> c) Digestivo     |
| <input type="checkbox"/> d) Renal y vías urinarias | <input type="checkbox"/> e) Dermatológico | <input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico |

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a) Cadera o rodilla | <input type="checkbox"/> b) Columna | <input type="checkbox"/> c) Hombro        |
| <input type="checkbox"/> d) Muñeca o mano    | <input type="checkbox"/> e) Codo    | <input type="checkbox"/> f) Tobillo o pie |

Que tengo o padezco:

- |   |                                   |  |                                     |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme | <input type="checkbox"/> b) Dolor | <input type="checkbox"/> c) Deformidad | <input type="checkbox"/> d) Rigidez |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) | <input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc..) | <input type="checkbox"/> Número recaídas en los últimos doce meses |
|--|--|--|

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) ingresos en el hospital en el último año | <input type="checkbox"/> b) que tomar más de dos medicamentos diariamente | <input type="checkbox"/> c) muchos síntomas | <input type="checkbox"/> d) que tomar oxígeno diariamente. |
|--|---|---|--|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

\_\_\_\_\_ Firma