

MODELO 9: FICHA DE SOLICITUD INDIVIDUAL



ACTUACIONES DE TURISMO Y TERMALISMO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
CONVOCATORIA 2024

ANTES DE CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

Nº SOLICITUD:

1. DATOS DE LA ACTUACIÓN Indicar si la actuación solicitada es para vacaciones (turismo) o para termalismo

|                                                                                                               |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> VACACIONES Y TURISMO DE NATURALEZA<br><input type="checkbox"/> TERMALISMO | FECHA DEL TURNO: (dd/mm/aaaa) |
| ENTIDAD SUBVENCIONADA A LA QUE SOLICITA EL TURNO:<br>CNSE-Confederación Estatal de Personas Sordas            |                               |
| LOCALIDAD Y PROVINCIA DE DESTINO DEL TURNO:<br>ISLA CRSITINA                                                  |                               |

2. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

|                                                                        |                               |                                  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| PRIMER APELLIDO                                                        | SEGUNDO APELLIDO              | NOMBRE                           |
| SEXO<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | NIF DE LA PERSONA SOLICITANTE | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO)                             |                               | CÓDIGO POSTAL                    |
| LOCALIDAD DEL DOMICILIO                                                |                               | PROVINCIA                        |
| TELÉFONO                                                               | TELÉFONO MÓVIL                | CORREO ELECTRÓNICO               |

3. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

|                                            |                  |                    |
|--------------------------------------------|------------------|--------------------|
| PRIMER APELLIDO                            | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE             |
| NIF                                        |                  |                    |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO) |                  | CÓDIGO POSTAL      |
| LOCALIDAD DEL DOMICILIO                    |                  | PROVINCIA          |
| TELÉFONO                                   | TELÉFONO MÓVIL   | CORREO ELECTRÓNICO |

4. DATOS DEL ACOMPAÑANTE Persona mayor de 16 años que ayuda durante el viaje al/la solicitante en las actividades de la vida diaria

|                                                                        |                    |                                  |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| PRIMER APELLIDO                                                        | SEGUNDO APELLIDO   | NOMBRE                           |
| SEXO<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | NIF                | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) |
| TELÉFONO MÓVIL                                                         | CORREO ELECTRÓNICO |                                  |
| RELACIÓN CON EL SOLICITANTE                                            |                    |                                  |

5. PROCEDENCIA: Indíquese si la persona solicitante es, o no es, socia de la entidad.

☒ La persona **es socia** de la entidad - o acude al Centro- con la que viaja:

☐ La persona **no es socia** de la entidad -o no acude al Centro- con el que viaja:

**6. DATOS DE LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE** **Cumplimentar** todas las casillas que apliquen a su situación

|                                     |                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GRADO<br>DISCAPACIDAD<br><br>____ % | TIPO DE DISCAPACIDAD                                                                                                                                        |
|                                     | <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA                 |
|                                     | <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> VISUAL                                                           |
|                                     | ¿Utiliza Silla de Ruedas? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    ¿Manual? <input type="checkbox"/> ¿Eléctrica? <input type="checkbox"/> |
| Otras necesidades de apoyo : _____  |                                                                                                                                                             |

**7. SOLICITUD DESCUENTO POR FAMILIA NUMEROSA**

|                                           |                                                                                                     |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº DE TITULO DE FAMILIA NUMEROSA EN VIGOR | CATEGORÍA DE FAMILIA NUMEROSA<br>GENERAL <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

**8. SOLICITUD DESCUENTO POR UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA (U.E.C.)**

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| EN EL CASO DE FAMILIAS CON INGRESOS ANUALES IGUALES O INFERIORES A <b>10.176,81 €</b> |
| TOTAL INGRESOS ANUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA: ----- €                  |

**9. PARTICIPACIÓN CONVOCATORIA ANTERIOR**

|                                     |                             |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿PARTICIPÓ EN LA CONVOCATORIA 2023? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ENTIDAD CON LA QUE PARTICIPÓ:       |                             |                             |

LA PERSONA FIRMANTE ACEPTA LAS CONDICIONES RELATIVAS AL VIAJE DE ESTA SOLICITUD Y LAS ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA PARA 2024

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

|  |
|--|
|  |
|--|

Firma del solicitante, o en su caso, del representante legal, o persona que presta medidas de apoyo

**10. DATOS DE LA PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO A LA PERSONA INTERESADA CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA**

|                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |                              |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------|
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                   | SEGUNDO APELLIDO                                                       | NOMBRE                       | Nº NIF/NIE    |
| RAZÓN SOCIAL (Cumplimentar si las medidas de apoyo las tiene atribuidas una persona jurídica)                                                                                                     |                                                                        |                              |               |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>(dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                               | SEXO<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | NACIONALIDAD                 | ESTADO CIVIL  |
| DOMICILIO                                                                                                                                                                                         |                                                                        | Nº /Blq / Escal / Piso / Pta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD                                                                                                                                                                                         | PROVINCIA                                                              | CORREO ELECTRÓNICO           | TELÉFONO      |
| RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE<br><input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Defensor judicial <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Guardador de hecho |                                                                        |                              |               |

De acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso podrá consultar los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque la siguiente casilla ☐ y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:



