



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



## SOLICITUD DE PLAZA EN EL PROGRAMA DE TERMALISMO DEL IMERSO

ANTES DE CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

En matrimonios indicar el cónyuge que percibe la pensión, en caso que solo uno la perciba

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
SEXO	ESTADO CIVIL		NIF DEL SOLICITANTE		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO)					
LOCALIDAD DEL DOMICILIO			CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO

### 2. DATOS DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
SEXO	NIF DEL CÓNYUGE O PAREJA		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)		

### 3. NOTIFICACIÓN

**Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del indicado en el apartado 1)**

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO)			LOCALIDAD DEL DOMICILIO		
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL	

**Si desea recibir avisos de las notificaciones, indique el medio:**

CORREO ELECTRÓNICO	DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº de móvil )
--------------------	--

### 4. DATOS FAMILIA NUMEROSA

Nº DE CARNET DE FAMILIA NUMEROSA EN VIGOR	CATEGORÍA DE FAMILIA NUMEROSA
---	-------------------------------

### 5. UNIÓN DE ESTA SOLICITUD CON LA DE OTRA PERSONA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NIF
-----------------	------------------	--------	-----

### 6. BALNEARIOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

1º		2º	
3º		4º	

¿PARA QUIÉN SOLICITA LAS PLAZAS?

TIPO DE TURNO SOLICITADO

De no señalar nada se entenderá que opta por el de 12 días.

Para el solicitante      Para el cónyuge o pareja      Para ambos      12 días      10 días      Sin preferencia

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 transcurren más días del turno. Puede señalar hasta 4 meses concretos o indicar «Sin preferencia»; también puede combinar meses concretos y como última opción «Sin preferencia».

1º		2º		3º		4º	
----	--	----	--	----	--	----	--

### 7. DATOS ECONÓMICOS

PERSONA SOLICITANTE		CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO	
Tipo de pensión	Cuantía mensual (€)	Tipo de pensión	Cuantía mensual (€)

Otros ingresos periódicos de la pareja distintos a las pensiones (cuantía media mensual):

--

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA PLAZA**

D. /Dña.						con NIF número:	
Que ___	me valgo por mí mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "Sí" o "No")						
Que ___	presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "Sí" o "No")						
Que ___	padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "Sí" o "No") En caso afirmativo, indicar la enfermedad:						<input type="text"/>
Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de:	(Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento):						
Reumatológico	Respiratorio	Digestivo	Renal y vías urinarias	Dermatológico	Neuropsíquico		
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico</b>							
Que tengo afectadas las articulaciones:	Cadera o rodilla	Columna	Hombro	Muñeca o mano	Codo	Tobillo o pie	
Que tengo o padezco:	Dificultades para moverme	Dolor	Deformidad	Rigidez			
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio</b>							
Que padezco de enfermedades de :							
Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.)	Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.)	Nº de recaídas en los últimos doce meses:	<input type="text"/>				
Que, por estos problemas respiratorios, tengo:							
ingresos en el hospital en el último año	que tomar más de dos medicamentos diariamente	muchos síntomas	que tomar oxígeno a diario				
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico</b>							
Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses:	<input type="text"/>						
<b>DECLARO</b> bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imsero cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.							
<b>ACEPTO</b> que, 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 Imsero consulte los datos consignados en esta solicitud y recabe 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 no autorizar 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	
Firma:							

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO (a cumplimentar si se solicita plaza para él/ella)**

D. /Dña.						con NIF número:	
Que ___	me valgo por mí mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "Sí" o "No")						
Que ___	presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "Sí" o "No")						
Que ___	padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "Sí" o "No") En caso afirmativo, indicar la enfermedad:						<input type="text"/>
Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de:	(Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento):						
Reumatológico	Respiratorio	Digestivo	Renal y vías urinarias	Dermatológico	Neuropsíquico		
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico</b>							
Que tengo afectadas las articulaciones:	Cadera o rodilla	Columna	Hombro	Muñeca o mano	Codo	Tobillo o pie	
Que tengo o padezco:	Dificultades para moverme	Dolor	Deformidad	Rigidez			
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio</b>							
Que padezco de enfermedades de :							
Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.)	Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.)	Nº de recaídas en los últimos doce meses:	<input type="text"/>				
Que, por estos problemas respiratorios, tengo:							
ingresos en el hospital en el último año	que tomar más de dos medicamentos diariamente	muchos síntomas	que tomar oxígeno a diario				
<b>Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico</b>							
Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses:	<input type="text"/>						
<b>DECLARO</b> bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imsero cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.							
<b>ACEPTO</b> que, 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 Imsero consulte los datos consignados en esta solicitud y recabe 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 no autorizar 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	
Firma:							

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Programa de Termalismo están constituidos en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas a la gestión de esta solicitud, todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De conformidad con lo establecido en el artículo 5.1.d) de la Ley citada, la persona interesada podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Imsero, órgano responsable del fichero, mediante escrito dirigido al mismo, Avenida de la Ilustración s/n, con vuelta a c/ Ginzo de Limia 58, 28029 Madrid.