



**SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DEL
INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS
SOCIALES
(IMERSO)**

CENTRO DE PRESENTACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL o C. AUTÓNOMA	SERVICIOS CENTRALES	
Fecha	Fecha	Fecha	Nº Registro

ADVERTENCIA IMPORTANTE
ANTES DE RELLENAR ESTA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS
INSTRUCCIONES (1)

DATOS PERSONALES (2)	DATOS DEL SOLICITANTE (2.1)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		
		SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DNI	TIENE SEGURIDAD SOCIAL (3)	
		FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO		PROVINCIA	
			LOCALIDAD			
		DOMICILIO (Calle o Plaza y Número)			TELÉFONO	
		LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	NACIONALIDAD	
		DIRECCIÓN ACTUAL (Hospital, etc.)			TELÉFONO ACTUAL	
		ACTIVIDAD LABORAL				
		TIPO DE MINUSVALÍA (4)				
		DATOS DEL REPRESENTANTE o PERSONA DE CONTACTO (2.2)		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
Nº DNI	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE					
DOMICILIO (Calle o Plaza y Número)				TELÉFONO		
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL			PROVINCIA		
CURSO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE: (5)						
DATOS ECONÓMICOS (6)	INGRESOS TOTALES FAMILIARES	Nº DE MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR	RENTA PER CÁPITA			

CENTRO SOLICITADO (7)	TIPO DE CENTRO (7.1)	TIPO DE PLAZA (7.2)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	CENTROS SOLICITADOS (7.3)				

DECLARACIÓN
Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden, así como los facilitados para la elaboración de los informes preceptivos para la valoración del expediente, y soy conciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente o la expulsión del Centro, en el supuesto de haber sido admitido.
....., ade.....de 200
Firma,

INTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DE
MINUSVÁLIDOS

1. Escriba con claridad para evitar errores de interpretación, a ser posible, a máquina o con letras de imprenta
2. **Datos personales:**
 - 2.1. **Del solicitante:**
Se deberán cumplimentar todos los casilleros referidos al solicitante
 - 2.2. **Del representante o persona de contacto:**
 - En caso de que solicite la admisión de un incapacitado, deberá cumplimentar, los casilleros referidos al representante.
 - Indíquese la relación familiar (padre, hermano, abuelo, etc.) o legal (tutor, etc.) que tenga con el solicitante.
3. **Número y letra de tarjeta sanitaria**
4. **Tipo de minusvalía** (Indíquese si es):
 - a) Física
 - b) Psíquica
 - c) Psíquica con minusvalías físicas graves asociadas.
5. **Curso de formación profesional**
Se deberá cumplimentar cuando la solicitud sea para un Centro de Recuperación de Minusválidos Físicos (CRMF)
6. **Datos Económicos:** Indíquese la renta "per cápita" familiar cuando la solicitud sea para un Centro de Atención a Minusválidos Físicos (CAMF)
7. **Centro Solicitado**
 - 7.1. **Tipo de Centro:**
 - CAMF: Cuando se precise plaza para minusválidos físicos gravemente afectados.
 - CRMF: Cuando se precise plaza para minusválidos físicos y/o sensoriales con posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional.
 - CEADAC: Cuando se precise plaza para personas afectadas de lesión cerebral adquirida y no progresiva de cualquier causa con carácter grave con posibilidad real de recuperación funcional.
 - 7.2. **Tipo de plaza:** (señale con una "X" la modalidad elegida)
 - A) Internado
 - B) Media Pensión
 - C) Ambulatorio
 - 7.3. **Centros solicitados:** Indíquese cuatro opciones, como máximo.

Normativa de aplicación: Resolución de 26 de agosto de 1987, de la Dirección General del INSERSO (BOE 1 de octubre de 1987)

**A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL IMSERSO
O UNIDAD COMPETENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN LA QUE SE PRESENTE LA SOLICITUD**

Bastanteo de los documentos que deben acompañar a la solicitud

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI | <input type="checkbox"/> Informe Social | <input type="checkbox"/> Informe Psicológico |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI del representante | <input type="checkbox"/> Informe médico | <input type="checkbox"/> Anexo I, II o III de la Resoluc. 26.8.87 |
| <input type="checkbox"/> Certificado de minusvalía | <input type="checkbox"/> Fotocopia Libro Familia | <input type="checkbox"/> Fotocopia cartilla Seguridad Social |

SUPERVISADO CON FECHA: _____

SUPERVISADO CON FECHA: _____

Y PENDIENTE DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.

Y CONFORME.

El funcionario

El funcionario