

**ANEXO II**  
**SOLICITUD DE TRASLADO VOLUNTARIO**  
**EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS**  
**CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA**

CENTRO DE PRESENTACIÓN	DELEGACIÓN PROVINCIAL	DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES
FECHA	FECHA	FECHA   Nº REGISTRO

**ADVERTENCIA IMPORTANTE**  
 ANTES DE RELLENAR ESTA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO  
 LAS INSTRUCCIONES

<b>D A T O S  P E R S O N A L E S</b>	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	SEXO	ESTADO CIVIL	Nº D.N.I.	¿TIENE SEGURIDAD SOCIAL?
	FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
	LOCALIDAD			PROVINCIA
	DOMICILIO (Calle o plaza y nº)			TELÉFONO
	LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA
	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	Nº D.N.I.		RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	
	DOMICILIO (Calle o plaza y nº)			TELÉFONO
	LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

**CENTRO DEL QUE EL INTERESADO ES USUARIO**

TIPO DE CENTRO:	NOMBRE DEL CENTRO:
DOMICILIO (Calle o plaza y nº)	TELÉFONO
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL   PROVINCIA

**CENTRO SOLICITADO**

TIPO DE CENTRO:	NOMBRE DEL CENTRO:
DOMICILIO (Calle o plaza y nº)	TELÉFONO
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL   PROVINCIA

**MOTIVO ALEGADO (señalar con un X)**

	REAGRUPAMIENTO FAMILIAR
	APROXIMACIÓN GEOGRÁFICA
	CIRCUNSTANCIAS DE SALUD FÍSICA Y/O PSÍQUICA

DECLARO ser ciertos cuantos datos anteceden, así como los facilitados para la elaboración de los informes preceptivos para la valoración del expediente, y soy consciente de que la ocultación o falsedad de los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente o la anulación del traslado, en el supuesto de haber sido realizado.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.  
 Firma

**INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD  
DE TRASLADO DE CENTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA  
(Orden de la Consejería de B. Social de.././..., D.O.C.M. .. de .....**)

---

- 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:**
    - En caso de que se solicite el traslado de una persona incapacitada judicialmente o de la que exista presunción de incapacidad se deberá cumplimentar la información referida al representante.
    - Indíquese la relación familiar (padre, madre, abuelo, etc.) o legal (tutor, guardador de hecho) que tenga con el solicitante.
- 3. SEGURIDAD SOCIAL.**

Escriba el nº de afiliación a la Seguridad Social del interesado, cuando proceda.
- 4. CENTRO SOLICITADO:**

Señalar el TIPO de Centro que se solicita (Art.3 Decreto 13/1999), el NOMBRE y el DOMICILIO.

TIPOS DE CENTRO:

  - C.D. Centro de Día para Personas con Disc. Psíqu. Gravemente Afectadas:
  - CADP. Centro Integral de Atención a Personas con Disc. Psíqu. Gravemente Afectadas.
  - C.O. Centro Ocupacional.
  - C.R. Centro Residencial (residencia comunitaria)
  - V.t. (vivienda tutelada).

---

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTARSE JUNTO A LA SOLICITUD  
(Art. 3 de la Orden de la Consejería de Bienestar Social de ... de ..... de ..... (DOCM .././...))**

- D.N.I. del interesado y de su representante.
- Cuando se alegue la reagrupación de miembros de la unidad familiar, libro de familia o documentación que acredite la relación de parentesco.
- Cuando se alegue en la solicitud el motivo de la proximidad geográfica al lugar de residencia de los familiares, certificado de empadronamiento de los miembros de la unidad familiar, y libro de familia o documentación que acredite la relación de parentesco.

ANEXO I  
BAREMO DE TRASLADOS VOLUNTARIOS DE CENTROS DE ATENCIÓN A  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA

REAGRUPACIÓN FAMILIAR

(cuando se haya acreditado; máximo 20 puntos)

Cuando exista un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad en el mismo centro	15 puntos
Cuando existan dos o más familiares hasta el segundo grado de consanguinidad en el mismo centro	20 puntos

PROXIMIDAD GEOGRÁFICA AL LUGAR DE RESIDENCIA

(cuando se haya acreditado; máximo 15 puntos)

Cuando el lugar de residencia de origen del interesado o de los familiares esté en la misma provincia del centro solicitado, o a menor distancia que el centro de procedencia, aun cuando no estén en la misma provincia.	10 puntos
Cuando el lugar de residencia de origen del interesado o de los familiares, esté en la misma localidad que el centro solicitado, o a menos de 50 km. de distancia cuando no exista un Centro del mismo tipo que el solicitado en la localidad.	15 puntos

MAYOR IDONEIDAD DEL CENTRO SOLICITADO POR LAS CIRCUNSTANCIAS FÍSICAS Y PSÍQUICAS DEL INTERESADO.

(siempre que se haya acreditado suficientemente; máximo 15 puntos)

Cuando el centro solicitado sea del mismo tipo que el de procedencia en cuanto al nivel de apoyos prestados	5 puntos
Cuando el centro solicitado sea de distinto tipo al centro de procedencia.	15 puntos

Puntuación Total Máxima: 50 puntos.