



PROCEDEMENTO PROGRAMA BENESTAR EN BALNEARIOS	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS607A	DOCUMENTO SOLICITUDE
--	---	--------------------------------

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DE NACEMENTO	Nº DE CARTILLA SANITARIA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENDEREZO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (non é necesario se coincide co anterior)

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

DATOS DO/DA FILLO/A CON DISCAPACIDADE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DE NACEMENTO	Nº DE CARTILLA SANITARIA	PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE (cónxuxe, parella de feito ou relación análoga á conxugal)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DE NACEMENTO	Nº DE CARTILLA SANITARIA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				



DATOS DUNHA PERSOA FAMILIAR OU DE CONTACTO

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

DESTINOS E DATAS SOLICITADAS (véxase a relación de destinos e datas que se ofertan no anexo IV e indíquese ata tres por orde de preferencia)

1º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3º DESTINO	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE SAÚDE DA PERSOA SOLICITANTE

Válese por si mesma para as actividades da vida diaria SI NON

Presenta:

Enfermidade infecto-contaxiosa en fase activa SI NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento termal SI NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia SI NON

Outras enfermidades SI NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Precisa algún tipo de:

Tramento SI NON

Dieta SI NON Indíquese cal:

Apoio SI NON Indíquese cal:

Outros datos que queira facer constar:

DATOS ECONÓMICOS

CONTÍA MENSUAL LÍQUIDA (€)

PROCEDENTES DE

PENSÍONS

OUTROS

Indíquese cales:

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.
2. Que a documentación que se achega está vixente.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- Copia do DNI ou NIE da persoa solicitante, só no caso de non autorizar a súa consulta
- Certificado de empadramento da persoa solicitante, só no caso de non autorizar a súa consulta
- Certificado de empadramento do/da fillo/a da persoa solicitante, só no caso de non autorizar a súa consulta (anexo II)
- Certificado de empadramento da persoa acompañante, se procede e só no caso de non autorizar a súa consulta (anexo III)
- Copia da declaración do imposto da renda das persoas físicas correspondente ao último período en que se presente a solicitude, só no caso de non autorizar a súa consulta
- Certificado de toda clase de pensións percibidas pola persoa solicitante ou declaración xurada de non percibilas, só no caso de non autorizar a súa consulta
- Copia do libro de familia da persoa solicitante, no caso de que queira acudir ao programa acompañada dun/dunha fillo/a con discapacidade e só no caso de denegar expresamente a súa consulta
- Outra documentación que considere relevante:

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos de identidade da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI NON (neste caso achegarse a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos de residencia da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de residencia do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI NON (neste caso achegarse a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos dos ingresos económicos da persoa solicitante que constan en poder da Axencia Estatal de Administración Tributaria, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

SI NON (neste caso achegarse a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos das pensións da persoa solicitante que constan en poder do Instituto Nacional da Seguridade Social, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

SI NON (neste caso achegarse a documentación correspondente)

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a sxt.politicasocial@xunta.es.

LEXISLACIÓN APLICABLE

Orde do 10 de febreiro de 2016 pola que se ofertan prazas para estadias e tratamento termal dentro do programa de Benestar en balnearios 2016 e se procede á súa convocatoria.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de



DATOS DO/DA FILLO/A DA PERSONA SOLICITANTE

DATOS DO/DA FILLO/A			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE ANDAR PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DE SAÚDE DO/DA FILLO/A DA PERSONA SOLICITANTE	
Válese por si mesmo/a para as actividades da vida diaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Presenta:	
Enfermidade infecto-contaxiosa en fase activa	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento termal	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Outras enfermidades <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	En caso afirmativo, indíquese cales:
<input type="text"/>	
Precisa algún tipo de:	
Tramento <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	
Dieta <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	Indíquese cal: <input type="text"/>
Apoio <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	Indíquese cal: <input type="text"/>
Outros datos que queira facer constar:	
<input type="text"/>	

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA
<input type="checkbox"/> Copia do DNI o NIE do/da fillo/a da persoa solicitante, só no caso de non autorizar a súa consulta
<input type="checkbox"/> Certificado do grao de discapacidade, só no caso de non autorizar a súa consulta ou se o dito certificado non constase en poder da Xunta de Galicia
<input type="checkbox"/> Outra documentación que considere relevante:
<input type="text"/>

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos de identidade do/da fillo/a da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos de residencia do/da fillo/a da persoa solicitante no Sistema de verificación de datos de residencia do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos de discapacidade do/da fillo/a da persoa solicitante que constan en poder da Administración autonómica, de conformidade co artigo 4 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, polo que se simplifica a documentación para a tramitación dos procedementos administrativos e se fomenta a utilización de medios electrónicos.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)



En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a sxt.politicasocial@xunta.es.

SINATURA DO/DA FILLO/A DA PERSOA SOLICITANTE

Lugar e data

, de de



DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE

DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE (cónxuge, parella de feito ou relación análoga á conxugal)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

DATOS DE SAÚDE DA PERSOA ACOMPAÑANTE

Válese por si mesma para as actividades da vida diaria SI NON

Presenta:

Enfermidade infecto-contaxiosa en fase activa SI NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento termal SI NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia SI NON

Outras enfermidades SI NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Precisa algún tipo de:

Tramento SI NON

Dieta SI NON Indíquese cal:

Apoio SI NON Indíquese cal:

Outros datos que queira facer constar:

DATOS ECONÓMICOS

CONTÍA MENSUAL LÍQUIDA (€)

PROCEDENTES DE

PENSIÓNS OUTROS Indíquese cales:

A PERSOA ACOMPAÑANTE DECLARA:

- Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.
- Que a documentación que se achega está vixente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA:

Copia do DNI ou NIE da persoa acompañante, só no caso de non autorizar a súa consulta

Copia da declaración do imposto da renda das persoas físicas correspondente ao último período en que se presente a solicitude, só no caso de non autorizar a súa consulta

Certificado de toda clase de pensións percibidas pola persoa acompañante ou declaración xurada de no percibilas, só no caso de non autorizar a súa consulta

Outra documentación que considere relevante:



Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos de identidade da persoa acompañante no Sistema de verificación de datos de identidade do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos de residencia da persoa acompañante no Sistema de verificación de datos de residencia do Ministerio de Facenda e Administracións Públicas, de conformidade co artigo 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza do 7 de xullo de 2009.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos dos ingresos económicos da persoa acompañante que constan en poder da Axencia Estatal de Administración Tributaria, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

Autorizo a Consellería de Política Social para consultar os datos das pensións da persoa acompañante que constan en poder do Instituto Nacional da Seguridade Social, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

SI NON (neste caso achegarase a documentación correspondente)

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos persoais que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Xunta de Galicia co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Política Social, como responsable do ficheiro, solicitándoo mediante o envío dun correo electrónico a sxt.politicasocial@xunta.es.

SINATURA DA PERSOA ACOMPAÑANTE

Lugar e data

, de de