



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



IMERSO

Espacio reservado para el sello del registro

## SOLICITUD DE PLAZA EN TURNOS DEL PROGRAMA DE TERMALISMO SOCIAL

1. Apellidos del solicitante (en matrimonios indicar el cónyuge que percibe la pensión, en caso que solo uno la perciba)			2. Nombre de la persona solicitante		
3. Sexo de la persona solicitante	4. Estado Civil de la persona solicitante	5. Nº del NIF del solicitante		6. Fecha de nacimiento del solicitante	
		-		Día	Mes Año
7. Domicilio (calle, número, escalera y piso)			8. Nº del teléfono	9. Nº del teléfono móvil	
10. Nº del FAX	11. Localidad del domicilio			12. Cód. Postal	
13. Provincia del domicilio			14. Correo electrónico		
15. Apellidos del cónyuge			16. Nombre del cónyuge		
17. Sexo del cónyuge	18. Nº del NIF del cónyuge	19. Fecha de nacimiento del cónyuge			
		-		Día	Mes Año
20. FAMILIAS NUMEROSAS.- Tipo de familia numerosa			21. FAMILIAS NUMEROSAS.- NUMERO DE CARNET EN VIGOR		

**Si Vd. desea se valore su pertenencia a Familia Numerosa, deberá adjuntar, junto con la solicitud, una fotocopia del Carnet de Familia Numerosa vigente**

**22. Cumplimentar solo en el supuesto de que quiera unir su solicitud a la de otra persona**

Apellidos de la persona titular de la otra solicitud	Nombre de la persona titular de la otra solicitud
Nº NIF de la persona titular de la otra solicitud	
-	

**Para unir la solicitud a la de otra persona, la otra persona debe cumplimentar igualmente su solicitud e indicar que también ella quiere unir su solicitud a la de Vd. Asimismo, deberá pedir los mismos balnearios y meses que Vd. y por el mismo orden de preferencia.**

**23. BALNEARIOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA**

1.º	2.º
3.º	4.º

**Vd. puede señalar hasta cuatro balnearios concretos o bien hasta cuatro Comunidades Autónomas, entendiéndose, en este caso, que opta a todos los balnearios existentes en dichas Comunidades. Igualmente, puede combinar en su elección balnearios concretos y Comunidades Autónomas.**

**24. PLAZAS SOLICITADAS:**

Solo para la persona solicitante	Solo para el cónyuge	Para ambos cónyuges	Marcar con una "X" para quien solicita VD. la plaza
----------------------------------	----------------------	---------------------	---

**25. 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 transcurran mas días del turno)**

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

**Vd. puede señalar hasta cuatro meses concretos o bien indicar -"SIN PREFERENCIA". Igualmente, puede combinar meses concretos y, como última opción, "SIN PREFERENCIA".**

**26. DATOS ECONÓMICOS**

DE LA PERSONA SOLICITANTE			DEL CÓNYUGE		
Clase de pensión (Jubilación, Invalidez, Viudedad, Orfandad, etc.)	Cuantía mensual		Clase de pensión (Jubilación, Invalidez, Viudedad, Orfandad, etc.)	Cuantía mensual	
	Euros	Cent.		Euros	Cent.

OTROS INGRESOS PERIÓDICOS DISTINTOS A LAS PENSIONES DE CUALQUIERA DE LOS DOS CÓNYUGES (Salario del cónyuge en activo, Rentas de Capital o Agrarias, Alquileres, etc.) - **CUANTÍA MEDIA MENSUAL :** Euros.

**PARA COMPLETAR SU SOLICITUD DEBE CUMPLIMENTAR NECESARIAMENTE LA DECLARACIÓN REFLEJADA AL DORSO**

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA PLAZA

D. /Dña. \_\_\_\_\_ con NIF número \_\_\_\_\_

### DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que  me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "SI" o "NO")

Que  presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "SI" o "NO")

Que  padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "SI" o "NO")

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad: \_\_\_\_\_

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Reumatológico          | <input type="checkbox"/> b) Respiratorio  | <input type="checkbox"/> c) Digestivo     |
| <input type="checkbox"/> d) Renal y vías urinarias | <input type="checkbox"/> e) Dermatológico | <input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico |

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a) Cadera o rodilla | <input type="checkbox"/> b) Columna | <input type="checkbox"/> c) Hombro        |
| <input type="checkbox"/> d) Muñeca o mano    | <input type="checkbox"/> e) Codo    | <input type="checkbox"/> f) Tobillo o pie |

Que tengo o padezco:

- |   |                                   |  |                                     |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme | <input type="checkbox"/> b) Dolor | <input type="checkbox"/> c) Deformidad | <input type="checkbox"/> d) Rigidez |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) | <input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.) | <input style="width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;" type="text"/> Número recaídas en los últimos doce meses |
|--|---|---|

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) ingresos en el hospital en el último año | <input type="checkbox"/> b) que tomar más de dos medicamentos diariamente | <input type="checkbox"/> c) muchos síntomas | <input type="checkbox"/> d) que tomar oxígeno diariamente. |
|--|---|---|--|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

- Que acepto que el Imsero verifique los datos económicos reflejados en la presente solicitud con los que obran en la Administración y en la Seguridad Social.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CÓNYUGE (rellenar, por el cónyuge, si se solicita plaza para él)

D. /Dña. \_\_\_\_\_ con NIF número \_\_\_\_\_

### DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que  me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (indicar "SI" o "NO")

Que  presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar "SI" o "NO")

Que  padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar "SI" o "NO")

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad: \_\_\_\_\_

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Reumatológico          | <input type="checkbox"/> b) Respiratorio  | <input type="checkbox"/> c) Digestivo     |
| <input type="checkbox"/> d) Renal y vías urinarias | <input type="checkbox"/> e) Dermatológico | <input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico |

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a) Cadera o rodilla | <input type="checkbox"/> b) Columna | <input type="checkbox"/> c) Hombro        |
| <input type="checkbox"/> d) Muñeca o mano    | <input type="checkbox"/> e) Codo    | <input type="checkbox"/> f) Tobillo o pie |

Que tengo o padezco:

- |   |                                   |  |                                     |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme | <input type="checkbox"/> b) Dolor | <input type="checkbox"/> c) Deformidad | <input type="checkbox"/> d) Rigidez |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) | <input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.) | <input style="width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;" type="text"/> Número recaídas en los últimos doce meses |
|--|---|---|

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) ingresos en el hospital en el último año | <input type="checkbox"/> b) que tomar más de dos medicamentos diariamente | <input type="checkbox"/> c) muchos síntomas | <input type="checkbox"/> d) que tomar oxígeno diariamente. |
|--|---|---|--|

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

Firma