



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?

Para el solicitante Para el cónyuge o pareja Para ambos

TIPO DE TURNO SOLICITADO

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

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:	
Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento):	
<input type="checkbox"/> Reumatológico <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/> Renal y vías urinarias <input type="checkbox"/> Dermatológico <input type="checkbox"/> Neuropsíquico	
Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico	
Que tengo afectadas las articulaciones: <input type="checkbox"/> Cadera o rodilla <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca o mano <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Tobillo o pie	
Que tengo o padezco: <input type="checkbox"/> Dificultades para moverme <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Deformidad <input type="checkbox"/> Rigidez	
Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio	
Que padezco de enfermedades de :	
<input type="checkbox"/> Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) <input type="checkbox"/> Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.) Nº de recaídas en los últimos doce meses:	
Que, por estos problemas respiratorios, tengo:	
<input type="checkbox"/> ingresos en el hospital en el último año <input type="checkbox"/> que tomar más de dos medicamentos diariamente <input type="checkbox"/> muchos síntomas <input type="checkbox"/> que tomar oxígeno a diario	
Cumplimentar 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:	
DECLARO 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.	
ACEPTO 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 <input type="checkbox"/> 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:	
Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento):	
<input type="checkbox"/> Reumatológico <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/> Renal y vías urinarias <input type="checkbox"/> Dermatológico <input type="checkbox"/> Neuropsíquico	
Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico	
Que tengo afectadas las articulaciones: <input type="checkbox"/> Cadera o rodilla <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca o mano <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Tobillo o pie	
Que tengo o padezco: <input type="checkbox"/> Dificultades para moverme <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Deformidad <input type="checkbox"/> Rigidez	
Cumplimentar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio	
Que padezco de enfermedades de :	
<input type="checkbox"/> Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) <input type="checkbox"/> Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.) Nº de recaídas en los últimos doce meses:	
Que, por estos problemas respiratorios, tengo:	
<input type="checkbox"/> ingresos en el hospital en el último año <input type="checkbox"/> que tomar más de dos medicamentos diariamente <input type="checkbox"/> muchos síntomas <input type="checkbox"/> que tomar oxígeno a diario	
Cumplimentar 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:	
DECLARO 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.	
ACEPTO 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 <input type="checkbox"/> 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.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

ESCRIBA CON CLARIDAD PARA EVITAR ERRORES DE INTERPRETACIÓN, A SER POSIBLE EN ORDENADOR O CON LETRAS MAYÚSCULAS

- 1. Datos de la persona solicitante:** se deberán cumplimentar todos los apartados referidos a la persona solicitante.
- 2. Datos del cónyuge o pareja de hecho:** en el caso de solicitar plaza para los dos cónyuges o solamente para el cónyuge, se deberán cumplimentar todos los apartados referidos al cónyuge o pareja de hecho.
- 3. Notificación:** en este apartado indique, por un lado, el domicilio a efectos de notificaciones solo si es distinto del indicado en el apartado 1 y, por otro, su correo electrónico o nº de teléfono móvil si desea recibir avisos de las notificaciones.
- 4. Datos de familia numerosa:** en el supuesto de disponer de carnet de familia numerosa en vigor y desear que sea tomado en consideración en la valoración de su expediente, deberá adjuntar copia del mismo.
- 5. Unión de la solicitud a la de otra persona:** si desea unir su solicitud a la de otra persona, indique los apellidos y nombre de la persona que figure como solicitante en la otra solicitud así como su NIF. Para unir las solicitudes deberán indicar en ambas los mismos balnearios y meses y en el mismo orden en los que desean disfrutar de la plaza. Asimismo deberán reflejar el mismo tipo de turno solicitado.
- 6. Balnearios solicitados:** puede señalar hasta cuatro balnearios concretos o hasta cuatro Comunidades Autónomas, entendiéndose en este caso que opta a todos los balnearios existentes en dichas comunidades. Igualmente puede combinar ambas opciones o indicar sin preferencia, si quiere optar a cualquier balneario del Programa. Debe señalar al tipo de turno, según la duración de su preferencia. De no elegir ninguno, se entenderá que opta a un turno de 12 días.
- 7. Datos económicos del solicitante:** indique la pensión o pensiones que percibe tanto el solicitante como su cónyuge o pareja de hecho. Asimismo indique la cuantía media mensual de otros ingresos de la pareja distintos a las pensiones.
- 8. Declaración responsable:** deberá cumplimentar la declaración responsable la persona que figure como solicitante de la plaza y el cónyuge, en caso de solicitar plaza también para el cónyuge o pareja de hecho.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A LA SOLICITUD, EN EL SUPUESTO DE QUE NO SE AUTORIZA AL IMSERSO LA CONSULTA U OBTENCIÓN DE DATOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

En el supuesto de que la persona solicitante y, en su caso, el cónyuge o pareja de hecho, no autorice al Imserso la consulta electrónica de los datos consignados en la solicitud o de los documentos precisos para su resolución deberá aportarse la siguiente documentación:

• Copia del DNI/NIE	• Copia del DNI/NIE del cónyuge o pareja de hecho	• Copia del Libro de Familia numerosa, en su caso
• Acreditación de la pensión y otros ingresos del solicitante y, en su caso, del cónyuge o pareja de hecho		

Para más información sobre el Programa de Termalismo del Imserso, consulte la página www.imserso.es