****

**MODELO 9: FICHA DE SOLICITUD INDIVIDUAL**

**ACTUACIONES DE TURISMO Y TERMALISMO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD CONVOCATORIA 2023**

ANTES DE CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

 **Nº SOLICITUD: **

**1. DATOS DE LA ACTUACIÓN** Indicar si la actuación solicitada es para vacaciones (turismo) o para termalismo

|  |  |
| --- | --- |
| X VACACIONES Y TURISMO DE NATURALEZA  TERMALISMO  | FECHA DEL TURNO: (dd/mm/aaaa)  |
| ENTIDAD SUBVENCIONADA A LA QUE SOLICITA EL TURNO:CNSE-Confederación Estatal de Personas Sordas |
| LOCALIDAD Y PROVINCIA DE DESTINO DEL TURNO:Benidorm, Alicante |

**2****. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| SEXO  Hombre  Mujer | NIF DE LA PERSONA SOLICITANTE | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO) | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD DEL DOMICILIO | PROVINCIA |
| TELÉFONO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO |

 **3. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| NIF  |
| DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, ESCALERA Y PISO) | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD DEL DOMICILIO | PROVINCIA |
| TELÉFONO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO |

 **4. DATOS DEL ACOMPAÑANTE** Persona mayor de 16 años que ayuda durante el viaje al/la solicitante en las actividades de la vida diaria

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| SEXO  Hombre  Mujer | NIF  | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) |
| TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO |
| RELACIÓN CON EL SOLICITANTE |

 **5. PROCEDENCIA:** Indíquese si la persona solicitante es, o no es, socia de la entidad.

|  |
| --- |
| x La persona **es socia** de la entidad - o acude al Centro- con la que viaja:  La persona **no es socia** de la entidad -o no acude al Centro- con el que viaja: |

 **6. DATOS DE LA DISCAPACIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE Cumplimentar** todas las casillas que apliquen a su situación

|  |  |
| --- | --- |
| GRADO DISCAPACIDAD  \_\_\_ %  |  TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA  INTELECTUAL  PSICOSOCIAL  AUDITIVA MÚLTIPLE  MENTAL  VISUAL ¿Utiliza Silla de Ruedas?  NO  SI ¿Manual?  ¿Eléctrica?  Otras necesidades de apoyo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **7. SOLICITUD DESCUENTO POR FAMILIA NUMEROSA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº DE TITULO DE FAMILIA NUMEROSA EN VIGOR | CATEGORÍA DE FAMILIA NUMEROSA GENERAL  ESPECIAL  |

 **8. SOLICITUD DESCUENTO POR UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA (U.E.C.)**

|  |
| --- |
| EN EL CASO DE FAMILIAS CON INGRESOS ANUALES IGUALES O INFERIORES A **10.176,81 €**TOTAL INGRESOS ANUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA: -------------------------------------- € |

 **9. PARTICIPACIÓN CONVOCATORIA ANTERIOR**

|  |
| --- |
| ¿PARTICIPÓ EN LA CONVOCATORIA 2022? SÍ  NO ENTIDAD CON LA QUE PARTICIPÓ: |

LA PERSONA FIRMANTE ACEPTA LAS CONDICIONES RELATIVAS AL VIAJE DE ESTA SOLICITUD Y LAS ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA PARA 2023

*En , a de de*

Fdo.:

Firma del solicitante, o en su caso, del representante legal, o persona que presta medidas de apoyo

**10. DATOS DE LA** **PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO A LA PERSONA INTERESADA CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | Nº NIF/NIE |
| RAZÓN SOCIAL (Cumplimentar si las medidas de apoyo las tiene atribuidas una persona jurídica) |
| FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) | SEXO Hombre  Mujer | NACIONALIDAD | ESTADO CIVIL |
| DOMICILIO | Nº /Blq / Escal / Piso / Pta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO |
| RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTECurador Defensor judicial Apoderado Guardador de hecho |

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 Imserso podrá consultar los datos consignados en esta solicitud y recabará 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 oponerse a estas consultas marque la siguiente casilla

esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

y, en este caso, deberá aportar, junto a

*En , a de de*

Fdo.:



|  |
| --- |
| Logotipo Pag08 |