

Respiro y conciliación familiar

Solicitud de servicios del Programa de Respiro Familiar

Actividad subvencionada con cargo a la asignación tributaria del 0,7% del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Junta de Andalucía.

1. Datos de la persona con discapacidad intelectual y del desarrollo

Nombre y apellidos.....
 NIF..... Fecha de nacimiento.....
 Persona con necesidad de apoyo generalizado sí no
 Entidad a la que pertenece.....
 Medicación.....

* La persona con discapacidad no puede estar atendida en un servicio residencial

2. Datos del familiar solicitante

Nombre y apellidos..... Parentesco.....
 NIF..... Fechadenacimiento.....
 Calle/Plaza..... Número.....
 Código postal..... Localidad.....
 Provincia..... Teléfono..... e-mail.....

3. Motivo de la solicitud

.....

4. Modalidad que solicita

| Modalidades | Fecha del servicio | Horario | Lugar donde se realiza el servicio |
|--------------------------|--------------------|---------|------------------------------------|
| Apoyo puntual individual | | | |
| Apoyo puntual compartido | | | |
| Acompañamiento | | | |

5. Duración del servicio (en horas)

6. Autorización

Declaro que he sido informado/a exhaustivamente de las características propias del servicio, consistente básicamente en una atención adecuada a las necesidades y apoyos que mi familiar con discapacidad precisa.

Esta atención siempre respetará la dignidad inherente a la persona con discapacidad, a la que se ofrecerá los apoyos que precise de acuerdo con la información que he suministrado a la entidad o personal técnico organizador del servicio.

Declaro que he ofrecido toda la información precisa y que dispongo acerca de los apoyos, fármacos, incidencias y dificultades específicas que puedan presentarse en la atención a mi familiar con discapacidad.

Autorizo a los/as monitores/as del Programa a que adopten las medidas necesarias en caso de urgencia médica o imprevista que pueda presentarse durante la estancia.

Manifiesto que he sido informado/a acerca de los modelos de atención y apoyo con los que se realiza el Programa Respiro y Conciliación Familiar, y que en los servicios que se presten se respetará la voluntad e intereses de la persona con discapacidad, sin establecer barreras o cortapisas que supongan la limitación de sus derechos personales, salvo la adopción de aquellas medidas que pudieran ser precisas para salvaguardar su integridad.

Declaro que los datos ofrecidos para la realización del servicio son ciertos y que soy consciente de que la ocultación de datos o falsedad de los mismos sería motivo suficiente para la cancelación del servicio.

ACEPTO Sí No

AUTORIZO a

a facilitar la captación de imágenes y declaraciones por parte de los medios de comunicación y que estén destinadas a la elaboración de informaciones que sirvan para divulgar la labor realizada por la organización, fomentando la inclusión y normalización del colectivo de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Además, autorizo a la organización a la inclusión de esta imagen en artículos, reportajes, página web, redes sociales, folletos, CD´s, DVD´s, etc, que estén relacionados con la labor de la organización, así como la cesión por parte de la organización de este material a terceros con los mismos fines ya mencionados.

Autorizo a que estas imágenes sean emitidas por los medios de comunicación que cubran dichos eventos.

Formulando a los fines indicados CONSENTIMIENTO EXPRESO conforme a las previsiones contenidas en la Ley de Protección Civil del Derecho al honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la propia Imagen.

AUTORIZO Sí No

AUTORIZO Acciones de información y envío de comunicaciones sobre actividades o eventos organizados por la organización. **Sí No**

Fecha: **Firma del familiar solicitante**

* En cumplimiento de la normativa vigente relativa a la protección de datos de carácter personal , en particular, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la Protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (en adelante, "RGPD"), así como la Ley Orgánica de Protección de Datos y la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información, le informamos que los datos solicitados en este formulario serán tratados por Plena inclusión Andalucía (Responsable del tratamiento) con la finalidad de gestionar este servicio. Sus datos serán conservados durante el tiempo que resulte necesario para alcanzar el fin con el que fueron recabados, y no serán cedidos a terceros salvo obligación legal o si resulta necesario para la finalidad. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, oposición y demás derechos que la normativa le otorga podrá dirigirse al responsable del fichero, Plena inclusión Andalucía, a través de correo electrónico enviado a sede@plenainclusionandalucia.org indicando en el asunto del mismo "Protección de Datos".

Ante cualquier incidencia en materia de seguridad de la información podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos Personales a través del correo electrónico: sede@plenainclusionandalucia.org