

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR CON LA SOLICITUD DE INGRESO EN  
LA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD DEL HOGAR PROVINCIAL DE LA  
EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ALICANTE**

- 1.- Instancia de solicitud de ingreso, según modelo que figura en el expediente (Anexo I).
- 2.- Fotocopia compulsada del Documento Nacional de Identidad.
- 3.- En el supuesto de que exista una presunta incapacidad o una incapacidad declarada, será necesario presentar junto con la solicitud, la comunicación al Ministerio Fiscal, sobre la presunta incapacidad o bien la autorización judicial de internamiento.
- 4.- Fotocopia compulsada de la Tarjeta de Asistencia Sanitaria.
- 5.- Certificado de empadronamiento.
- 6.- Fotocopia compulsada de la Declaración de la Renta o en su defecto documento suficiente que acredite los bienes disponibles o certificación negativa de Hacienda en el caso de inexistencia de los mismos.
- 7.- Justificante de la pensión o ingresos mensuales, expedido por el órgano competente.
- 8.- Documento público que acredite el valor catastral de los bienes de cada uno de los miembros de la unidad familiar.
- 9.- Ingresos y bienes de los familiares que convivan con el solicitante, debiéndose acreditar asimismo mediante fotocopia compulsada de la Declaración de la Renta del último ejercicio o documento suficiente que acredite los bienes disponibles de dichos familiares, o certificación negativa de Hacienda, en su caso, si no existieran bienes.
- 10.- Informe médico, según modelo que figura en el expediente (Anexo II).
- 11.- Informe Social elaborado por el Trabajador Social del Equipo Social Base, según modelo Anexo III.
- 12.- Cualquier otro documento que a juicio de los técnicos competentes sea preciso recabar para poder evaluar la solicitud.

Nº EXPEDIENTE (1):

<b>1 DATOS PERSONALES</b>						
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRE:		
SEXO		ESTADO CIVIL		DNI:		
FECHA DE NACIMIENTO	LOCALIDAD DE NACIMIENTO			PROVINCIA		
DOMICILIO				TELEFONO		
LOCALIDAD DEL DOMICILIO		CODIGO POSTAL		PROVINCIA		
<b>Cónyuge</b>						
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRE:		
DNI			FECHA DE NACIMIENTO			
LUGAR DE NACIMIENTO			PROVINCIA			
<b>2 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, GUARDADOR DE HECHO O PERSONA DE CONTACTO</b>						
APELLIDOS				NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO				DNI		
DOMICILIO				TELEFONO		
CODIGO POSTAL	LOCALIDAD		PROVINCIA			
<b>3 DATOS SOCIO-FAMILIARES (personas que conviven con el solicitante).</b>						
Apellidos y nombre	Cod. Indiv	Año de nacimiento	Estado Civil	Parentesco usuario	Profesión	Situación laboral
<b>4 DATOS ECONÓMICOS (referidos a las personas del apartado 3).</b>						
<b>RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES (2)</b>						
Cod. Indiv	CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL	EMPRESA, ORGANISMO O PERSONA			
<b>RENTAS DE CAPITAL (3)</b>						
Cod. Indiv	CONCEPTO	RENDIMIENTOS EFECTIVOS (ANUAL)	VALOR REAL			



<b>5</b>	<b>VIVIENDA</b>			
<b>Tipo de vivienda</b>		<b>Régimen de tenencia</b>		
<input type="checkbox"/> Chabola o similar <input type="checkbox"/> Vivienda normal <input type="checkbox"/> Centro residencial <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Realquilada <input type="checkbox"/> Cedida en uso <input type="checkbox"/> Domicilio de familiares		
<b>Ubicación</b>		<b>Condiciones generales</b>		
<input type="checkbox"/> Casco urbano <input type="checkbox"/> Fuera casco urbano <input type="checkbox"/> Zona rural aislada		<input type="checkbox"/> Pésima <input type="checkbox"/> Malas <input type="checkbox"/> Deficientes <input type="checkbox"/> Aceptables <input type="checkbox"/> Buenas		
<b>Equipamiento</b>				
<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Teléfono		<input type="checkbox"/> Agua caliente <input type="checkbox"/> Luz eléctrica <input type="checkbox"/> Retrete <input type="checkbox"/> Cuarto de baño <input type="checkbox"/> Ascensor <input type="checkbox"/> Agua corriente		
<b>Barreras arquitectónicas:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>6</b>	<b>CONFORMIDAD DEL CÓNYUGE</b>			
<p>Yo, D./D<sup>a</sup> .....expreso mi conformidad al ingreso y a los gastos que conlleva la estancia de mi cónyuge en el Hogar Provincial.</p> <p>Y para que así conste a los efectos oportunos ante la Excm. Diputación Provincial de Alicante, firmo la presente declaración en el lugar y fecha consignados ante la Dirección del Centro Hogar Provincial.</p> <p>Ante mí, <span style="float: right;">Firma del cónyuge    n° DNI</span> La Gerente</p>				
<b>7</b>	<b>DECLARACIÓN JURADA (4)</b>			
<p>Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación de mi expediente, ayuda económica o expulsión del Centro en el supuesto de haber sido ya admitido.</p> <p style="text-align: center;">_____ a ___ de _____ de 20__</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: _____</p>				
<p><b>NOTAS ACLARATORIAS</b></p> <p><b>(1) A rellenar por el Centro.</b></p> <p><b>(2) Rentas de trabajo o prestaciones.</b>        Declare sus rentas de trabajo por cuenta propia o ajena así como las pensiones o prestaciones periódicas abonadas por cualquier Régimen público o privado de Previsión Social o cualesquiera otros ingresos o rentas indicando:        - Concepto. La procedencia de las rentas, salario, trabajos por horas o similares, tipo de pensión o prestación, indicando expresamente si percibe prestación por hijos a cargo.        - Cuantía anual. La suma total neta de cada concepto.        - Empresa, organismo o persona. El que lo abone.</p> <p><b>(3) Rentas de capital.</b>        En el supuesto de disponer de bienes muebles y/o inmuebles, consignará el concepto de los mismos y sus rendimientos efectivos: intereses, dividendos, alquileres, etc., en cuantía anual.        Si estos bienes no le producen rendimientos, consigne su valor real. Para el caso de poseer inmuebles distintos de la vivienda que habitualmente ocupa, deberá además adjuntar original o fotocopia compulsada del recibo de abono del Impuesto sobre Bienes Inmuebles.</p> <p><b>(4) En el supuesto de que lo solicite también el cónyuge, la solicitud deberá firmarse por ambos.</b></p>				

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA RESIDENCIA PARA PERSONAS  
MAYORES DEPENDIENTES DEL HOGAR PROVINCIAL  
ANEXO II - INFORME MÉDICO**

**INFORME MÉDICO**

EMITIDO POR D/Dª

Nº COLEGIADO/A:

EN RELACIÓN CON LA SOLICITUD DE INGRESO EN EL CENTRO DE D/Dª.

-¿Padece enfermedad infecciosa-contagiosa? \_\_\_\_\_  
-¿Presenta trastornos mentales graves que puedan alterar la normal convivencia en el Centro?  
\_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

**A) Desde el punto de vista de las atenciones que precisa:**

**MOVILIDAD**

- camina con normalidad.
- camina con dificultad o con ayuda de bastón.
- camina con ayuda de muletas, andador, etc.
- confinado en silla de ruedas o encamado.

**ASEO**

- se asea sin ayuda.
- se asea solo pero incorrectamente.
- precisa ayuda para asearse.
- incapaz de asearse sin ayuda.

**ALIMENTACIÓN**

- se alimenta correctamente y sin ayuda.
- se alimenta con ayuda mínima.
- precisa ayuda con frecuencia.
- es incapaz de alimentarse, precisando ayuda siempre.

**VESTIMENTA**

- se viste sin ayuda y correctamente.
- se viste solo pero incorrectamente.
- precisa alguna ayuda para vestirse.
- incapaz de vestirse sin ayuda.

**CONTINENCIAS DE ESFÍNTERES**

- continencia completa.
- incontinencia ocasional.
- incontinencia frecuente.
- incontinencia completa.

**B) Por las limitaciones que padece:**

**LIMITACIÓN VISUAL**

- ninguna o leve.
- moderada.
- importante.
- total.

**ESTADO EMOCIONAL**

- normal.
- inestable.
- alterado.
- depresivo.

**LIMITACIÓN AUDITIVA**

- ninguna.
- leve.
- moderada.
- importante.

**TRASTORNOS EN LA CONDUCTA**

- ninguno.
- ligeros.
- moderados.
- importantes.

**ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y EN EL ESPACIO**

- completamente orientado.
- desorientado ocasional.
- desorientado frecuente.
- completamente desorientado.

**TRASTORNOS EN LA MEMORIA**

- ninguno.
- ligeros.
- moderados.
- importantes.

**INCOHERENCIAS EN LA COMUNICACIÓN**

- ninguna o leve.
- moderada.
- importante.
- total.

OTRAS DIFICULTADES NO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_



DIPUTACIÓN  
DE ALICANTE

Hogar  
Provincial

## SOLICITUD DE INGRESO EN LA RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DEL HOGAR PROVINCIAL ANEXO III - INFORME SOCIAL

<b>1</b>	<b>INFORME SOCIAL</b>			
EMITIDO POR D/D <sup>a</sup>		TRABAJADOR/A SOCIAL DE:	Nº COLEGIADO/A:	TELÉFONO:
MUNICIPIO	C. POSTAL	RELATIVO A D./DNA.		
<b>2</b>	<b>SITUACION SOCIO-FAMILIAR</b>			
<b>2.1 AYUDA QUE NECESITA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (Excluyentes)</b>				
2.1.1 Cobertura de las necesidades primarias (alimentarse, vestirse, aseo personal, medicarse y manejar dinero)		2.1.2 Realización de tareas domésticas de la vida diaria que no pueden ser cubiertas debido a las limitaciones psíquicas o funcionales (Preparación de la comida, limpiar la casa, hacer la compra, lavar y planchar la ropa)		2.1.3 Actividades que posibiliten la comunicación y la relación social (utilización del transporte, uso del teléfono, mantener conversaciones, etc.)
<input type="checkbox"/> Es totalmente dependiente.		<input type="checkbox"/> Es totalmente dependiente.		<input type="checkbox"/> Es totalmente dependiente.
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda casi a diario.		<input type="checkbox"/> Necesita ayuda casi a diario.		<input type="checkbox"/> Necesita ayuda casi a diario.
<input type="checkbox"/> Necesita una ayuda mínima.		<input type="checkbox"/> Necesita una ayuda mínima.		<input type="checkbox"/> Necesita una ayuda mínima.
<b>2.2 SOPORTE SOCIAL QUE RECIBE (Excluyentes)</b>				
<input type="checkbox"/> Ninguno (desamparo, carencia de familiares, abandono familiar).				
<input type="checkbox"/> Escaso apoyo para permanecer en su medio, apenas cubre las necesidades de la persona mayor (la familia no puede atenderle por razones de salud, trabajo, o por otras circunstancias).				
<input type="checkbox"/> Apoyo insuficiente y externo al ámbito familiar.				
<b>2.3 SITUACION DE LA FAMILIA QUE APOYA A LA PERSONA MAYOR (Excluyentes)</b>				
<input type="checkbox"/> Conflicto familiar grave.				
<input type="checkbox"/> Relaciones familiares deterioradas.				
<input type="checkbox"/> Cargas familiares graves (enfermos y discapacitados).				
<input type="checkbox"/> Se ve obligado a rotar por diversos domicilios.				
<b>2.4 SITUACION DE LA VIVIENDA (Excluyentes)</b>				
<input type="checkbox"/> Sin vivienda (albergue, pensión, hospital, etc.).				
<input type="checkbox"/> Vivienda con barreras arquitectónicas insalvables.				
<input type="checkbox"/> Vivienda con escasas condiciones de habitabilidad, desahucio o hacinamiento.				
<b>2.5 AGRUPAMIENTO FAMILIAR</b>				
<input type="checkbox"/> Ingresar con familiar asistido (cónyuge u otro familiar conviviente en primer grado).				
<b>3</b>	<b>DIAGNÓSTICO SOCIAL Y OTRAS OBSERVACIONES</b>			
<input type="checkbox"/> Padece trastorno de conducta o comportamiento agresivo que pueda alterar la normal convivencia de la residencia.				
<input type="checkbox"/> No tiene hijos. _____, _____ de _____ de _____ El-La trabajador/a				
Firma: _____				