**Modalitat d’Estades en Entorns Comunitaris**

**Sol·licitud**

**Dades generals**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom i cognoms de la Persona amb Discapacitat: | | | | | |
|  | | | | | |
| DNI: | |  | Data de naixement: | | /   / |
| Sexe: | |  | Lloc de naixement: | |  |
|  | | | | | |
| Nom i cognoms del familiar/ tutor legal qui sol·licita el servei: | | | | | |
|  | | | | | |
| DNI: |  | | Data de naixement: | /   / | |
| Sexe: |  | | Lloc de naixement: |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adreça domicili familiar: | | | |  | | |
| Localitat: |  | | | | | |
| Codi Postal: | |  | | | Província: |  |
| Telèfon de contacte: | | |  | | | |
| Email de contacte: | | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Entitat/Centre a on assisteix la persona amb discapacitat: | |
|  | |
| Diagnòstic de la persona amb discapacitat: | |
|  | |
| Grau de discapacitat: | % |
| Grau de dependència | Definitiu:  si  no |

|  |  |
| --- | --- |
| És la primera vegada que sol·licita el suport a Dincat?  si  no | |
| Caràcter de la demanda: | Emergència  Programada |

**Descripció de la sol·licitud:**

|  |  |
| --- | --- |
| Entitat Col·laboradora: |  |
| Mes / Mesos | Dates concretes: |

**Breu explicació del servei demanat:**

**Perquè demana el Suport?**

Necessito descans per sobrecàrrega, estrès o per crisi de la persona amb discapacitat

Un membre de la família està hospitalitzat, malalt o té una urgència mèdica

Ha mort una persona propera a la família.

Per conciliar la feina i la família.

Existeix una situació excepcional: reformes a casa, trasllat de domicili, etc.

Existeix una situació familiar conflictiva: separació o divorci, relacions difícils,   
problemes en la convivència, etc.

Altres. Especificar:

**En cas d’emergència per una situació sobrevinguda, el tutor legal haurà d’estar disponible per fer-se càrrec de la cura del participant.**

Servei subjecte a criteris de prioritat, disponibilitat de professionals i al pressupost destinat al programa segons la subvenció en curs.

**La presentació de la documentació no assegura l’autorització positiva del servei**

Com a tutor legal, AUTORITZO al meu familiar amb discapacitat a participar en el Programa Conciliació Familiar – Modalitat d’Estades en Entorns Comunitaris coordinat per Dincat en les condicions prèviament establertes.

Autoritzo a Dincat que faciliti les meves dades de contacte al professional responsable de prestar el servei al meu familiar.

A       , a         de        de 20

**Signatura de pròpia mà,**

Sr. / Sra.

Pare  Mare o  Tutor Legal.

|  |
| --- |
| **DINCAT PLENA INCLUSIÓ - PROGRAMA CONCILIACIÓ FAMILIAR**  **C/Joan Güell, 90-92—08028. Barcelona. Telèfon: 93 490 16 88.**  [**www.dincat.cat**](http://www.dincat.cat)[**cfamiliar@dincat.cat**](mailto:cfamiliar@dincat.cat) |

Dincat garanteix que totes les dades personals contingudes en el formulari d’inscripció seran utilitzades amb la finalitat, amb la forma i amb les limitacions i els drets que concedeix la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Les seves dades personals poden incorporar-se a un fitxer automatitzat Dincat. Li garantim que les seves dades són confidencials i d’ús exclusiu de Dincat. Si vol, pot accedir-hi per rectificar-les o cancel·lar-les, fent un escrit a Dincat C/Joan Güell, 90-92. 08028 Barcelona