**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** |

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