

▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA



Gizarte Ongizaterako
Foru Erakundea
Instituto Foral
De Bienestar Social

▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA

www.araba.eus/ifbs/

Buruko gaixotasuna duten personentzako atsedeen programa

Programa de Respiro para personas
con enfermedad mental

Plaza eskaerarako inprimakia • Solicitud de plaza



1. Datu pertsonalak • Datos personales

Abizenak • Apellidos

Izena • Nombre

Helbidea • Dirección

Herria • Municipio

Posta kodea • Código postal

Kontaktatzeko telefonoa • Teléfono de contacto

Jaioteguna • Fecha de nacimiento

Sexu • Sexo

NAN • DNI/NIF

Emaila • Email de contacto

Buruko gaixotasunaren diagnostikoa •

Diagnóstico de enfermedad mental

Desgaitasun gradua • Grado de discapacidad

Menpekotasun balorazioa edo menpekotasun gradua • Valoración o Grado de Dependencia

2. Senidea, tutore edo / eta zaintzailea • Familiar, tutor/a o guardador/a

Izen abizenak •

Nombre y apellidos

Harreman mota •

Relación con la persona

Helbidea • Dirección

Telefonoa • Teléfono

3. Zainketa sanitarioen beharra • Necesidad de Cuidados Sanitarios

Eskaitzaileak zainketa sanitarioak behar izatekotan, adierazi

Indicar si la persona solicitante necesita Cuidados Sanitarios

Bai • Si

Ez • No

Erantzuna baiezkkoa bada azaldu • En caso afirmativo: especificar cuáles

Beste laguntza premia (zehaztu) • Otras necesidades de apoyo (Especificar)

4. Eskatzen duen txanda, (lehenetasun - ordenaren arabera) • Turno que solicita (Por orden de preferencia)

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--|
| 1. txanda irailak 22-28 | <input type="checkbox"/> | 1 ^{er} turno del 22 al 28 de septiembre |
| 2. txanda urriak 4-6 | <input type="checkbox"/> | 2 ^o turno del 4 al 6 de octubre |
| 3. txanda urriak 18-20 | <input type="checkbox"/> | 3 ^{er} turno del 18 al 20 de octubre |
| 4. txanda azaroak 8-10 | <input type="checkbox"/> | 4 ^o turno del 8 al 10 de noviembre |

GOFEk betetzeko • Para rellenar por IFBS

-(n), 20 -(e)ko -ren -(e)an
 En a de de 20

Eskaitzailearen sinadura

Firma de la persona solicitante

Legezko ordezkariaren sinadura

Firma del Representante legal

Dokumentu hau sinatuz, goian sinatzen duenak adierazten du informatuta dagoela eta **DBLO Lege Oharrean** (012. eranskina) aipatutako baimena ematen duela, bere datu pertsonalak erabil ditzan Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak.

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.