

## SOLICITUD DE IDONEIDAD PARA PROGRAMA DE TRANSPORTE ADAPTADO Y ASISTIDO

### DATOS PERSONALES DEL USUARIO

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Sexo. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

En nombre propio

Representado por

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

¿Ha sido valorada su situación de dependencia?:

Sí

No

¿Tiene el Certificado de Discapacidad?:

Sí

No

¿Tiene reconocido el baremo sobre dificultad de utilizar el transporte colectivo?:

Sí

No

¿Por qué la familia no puede hacerse cargo del transporte?

¿Cómo solucionaba antes la familia el tema del transporte?

--

**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ACTIVIDAD

**SITUACIÓN ECONÓMICA**

PERCEPTOR	CONCEPTO	CUANTÍA	ENTIDAD PAGADORA

¿Percibe alguna ayuda económica relacionada con su situación de dependencia?:

- Sí  
 No

Especificar: \_\_\_\_\_

**HABIENDO SIDO INFORMADO DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS  
SOLICITA PODER UTILIZAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE ADAPTADO Y ASISTIDO**

ORIGEN (centro o domicilio): \_\_\_\_\_

DESTINO (centro y población): \_\_\_\_\_

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

Firma del/la solicitante o representante

\_\_\_\_\_

Don/Doña: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN A CUMPLIMENTAR POR EL PROFESIONAL DERIVANTE

Solicitante: \_\_\_\_\_

Solicitud tramitada por: Servicio Social de Base \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_

Profesional que tramita la solicitud: \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN SOCIO SANITARIA DEL USUARIO/A

Sector de Población:

- Personas mayores  
 Personas con Discapacidad

Discapacidad:

- Física  
 Sensorial  
 Psíquica:  Discapacidad intelectual  
 Enfermedad mental  
 Demencia

¿Utiliza silla de ruedas?:

- Sí  
 No

Tipo de silla de ruedas:

- Normal  
 Eléctrica

¿Depende de dos bastones para andar?:

- Sí  
 No

¿Presenta conductas agresivas o molestas de difícil control?:

- Sí  
 No

¿Camina en terreno llano?:

- No tiene dificultad  
 Limitación leve  
 Limitación grave

¿Camina en terreno con obstáculos?:

- No tiene dificultad  
 Limitación leve  
 Limitación grave

¿Se sostiene en pie en una plataforma de un medio normalizado de transporte?:

- No tiene dificultad  
 Limitación leve  
 Limitación grave

Autonomía en los desplazamientos, aunque no existan problemas de movilidad:

- Sí  
 No

Motivo del desplazamiento:

Necesidad puntual \_\_\_\_\_

## ACCESIBILIDAD A LA VIVIENDA

¿El vehículo se puede aparcar?:

- Se puede aparcar bien  
 Se aparca con dificultad  
 Hay que aparcar a distancia del portal

Altura de la vivienda:

- Vive en planta baja  
 Vive en piso superior

¿Tiene ascensor?:

- Sí  
 No

El portal de la vivienda:

- Es a pie llano sin escaleras y sin desniveles  
 Tiene escaleras y desniveles

Al ir a buscarlo/a puede bajar solo/a al portal:

- Sí  
 No

Si no puede bajar solo/a al portal, ¿le acompaña alguien?:

- Sí  
 No

El lugar de destino tiene barreras arquitectónicas:

- Es a pie llano sin escaleras y sin desniveles  
 Tiene escaleras y desniveles

### FRECUENCIA DEL TRANSPORTE

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora aproximada de salida de domicilio o Centro							
Hora de llegada al destino o Centro							
Hora de salida del destino o Centro							
Hora aproximada de llegada al domicilio o Centro							

Lugar de Origen: \_\_\_\_\_  
(Domicilio, Centro)

Lugar de Destino: \_\_\_\_\_  
(Centro y Población)

Frecuencia: \_\_\_\_\_  
(Todos los días del mes señalados, cada quince días, esporádicamente...)

¿El Centro al que desea acudir cuenta con algún tipo de transporte para sus usuarios? (Especificar tipo y condiciones de utilización)

En caso afirmativo, explicar el motivo por el que no lo utiliza

### OBSERVACIONES O COMENTARIOS QUE CREA NECESARIO REALIZAR

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

Profesional

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

1. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad
2. Fotocopia de la primera hoja de la Cartilla de Ahorros, donde figure el número de cuenta de la que se realizará el pago de la tarifa.

La documentación presentada deberá ser avalada por la firma del Servicio Social de Base o del Centro de Salud al que corresponda la persona usuaria, o por personal responsable del Centro a dónde acuda la persona usuaria del Programa de Transporte Adaptado y Asistido.