

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.