



Informazioa ematen duenaren izen-abizenak: Nombre y apellidos de la persona informante:	Medikua / Médico
	Gizarte langilea / Trabajador-a social
	Egoitzaren arduraduna / Responsable Centro Residencial

Aurrean daudela: En presencia de:	Eskatzailea Solicitante	Izen - abizenak Nombre y Apellidos	Adina / Edad
	Familiako kideak Familiares	Izen - abizenak / Nombre y Apellidos	Senidetasuna / Parentesco
	Legetzko ordezkaria / Representante Legal		

INFORMAZIOA

Zure osasun egoeran ez duzu gaixo akutuen ospitale bateko mediku zaintzaren beharrik, baina, aldi berean, ez zaude egoitza batean egoteko moduan.

NAHI BADUZU, zure gizarte eta osasun egoera talde profesional batek aztertuko du eta, horren arabera, osasun eta gizarte egoitzako unitate batean sar zaitezkeen erabakiko du.

Unitate horiek bereziki prestatuta daude mendekotasun egoeran eta osasun eta gizarte laguntza handiaren beharrea dauden pertsonak behar bezala zaintzeko.

OSASUN ETA GIZARTE EGOITZAKO UNITATEETAKO LEKUEK EZAUGARRI BEREZI BATZUK DITUZTE, ETA ZUK JAKIN BEHAR DITUZU. HAUEK DIRA:

- EGONALDIA ALDI BATERAKO IZANGO DA bere egoeraren bilakaeraren arabera batzordeak zehazten duen arte etxera itzultzea edo egotza zentro batean sartzea komeni den, baldin eta bere egoeraren larritasunak ospitaleratzea eskatzen ez badu.

- Erabiltzailearentzat EGONALDIAK GEHIENEZ 32,96 EUROKO KOSTUA IZANGO DU EGUNEAN egonaldiaren 30. EGUNETIK HASITA (2014ko zenbatekoa).

- Egonaldian zentroko elkarbizitza arauak bete beharko ditu, eta betetzen ez baditu kaleratua izan daiteke.

- Egoitza plaza bat eskatu baduzu, proposatzen zaizun plaza onartu beharko duzu, Gipuzkoako Lurralde Historikoaren barnean zentroaren kokapenari buruz kontrakoa egin gabe.

IDATZI HAU IRAKURRI ONDOREN ZALANTZARIK BALDIN BADUZU, EDO ARGITASUNEN BAT NAHI BADUZU, GALDETU BELDURRIK GABE.

ADIERAZPENA:

- Azaldu dizkirate gizarte eta osasun egoitzako unitateetako egonaldien ezaugarriak eta erabiltzailearen betebeharrak.

- Ulertu dut eman didaten informazioa eta behar izan ditudan galdera guztiak egin ahal izan ditut. Hori horrela, BAIMENA EMATEN DUT, EGINGO DIDATEN AZTERKETAK EMAITZA POSITIBOA EMATEN BADU, OSASUN ETA GIZARTE EGOITZAKO UNITATE BATEAN SAR NAZATEN.

INFORMACION

UD. en su actual situación de salud no requiere cuidados médicos propios de un Hospital de Agudos, ni es apto para su estancia en un Centro Residencial.

SI LO DESEA su situación social y de salud va a ser valorada por un Equipo de Profesionales que determinará su posible ingreso en una Unidad Residencial Socio-Sanitaria.

Estas Unidades se han diseñado específicamente para proporcionar las prestaciones necesarias a personas en situación de dependencia, con necesidades intensas de cuidados sociales y sanitarios.

LAS PLAZAS DE LAS UNIDADES RESIDENCIALES SOCIO-SANITARIAS TIENEN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS ESPECIALES QUE UD. DEBE CONOCER:

- LA ESTANCIA ES TEMPORAL hasta que la comisión determine que la evolución de su estado causa su vuelta al domicilio o su ingreso en un Centro Residencial, salvo que un agravamiento determine la necesidad de ingreso hospitalario.

- Para la persona usuaria, LA ESTANCIA TIENE UN COSTE MÁXIMO DE 32,96 €/DÍA A PARTIR DEL DÍA 30 de su estancia (Cuantía 2014).

- Durante la estancia deberá acatar las normas de convivencia del centro, pudiendo ser expulsado en caso de incumplimiento.

- Si Ud. ha solicitado plaza residencial, se compromete a aceptar la plaza que se le proponga, sin manifestar oposición respecto a la ubicación geográfica del centro que vaya a serle asignado dentro del Territorio Histórico de Gipuzkoa.

SI TRAS LA LECTURA DE ESTE ESCRITO TIENE ALGUNA DUDA O NECESITA ALGUNA ACLARACION, NO DUDE EN PREGUNTAR.

DECLARO:

- Que he sido informado/a de las características del ingreso en las Unidades Residenciales Sociosanitarias, y de las obligaciones que conlleva.

- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas. En consecuencia DOY MI AUTORIZACIÓN PARA QUE EN CASO DE QUE LA VALORACIÓN RESULTE POSITIVA, SE PROCEDA A MI INGRESO EN UNA UNIDAD RESIDENCIAL SOCIO-SANITARIA.

Eskatzailea / La persona solicitante Data /Fecha	Informazioa eman duen pertsona / Persona que ha informado Data /Fecha
Izenpea / Firma	Izenpea / Firma

Legetzko ordezkaria (eskatzailea gai ez balitz) / REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad de la persona solicitante)		
Dn./Dña	jauna/andrea	N.A./ D.N.I.
Senidetasuna (aita, ama, tutorea ...) / Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)		Data / Fecha
		Izenpea / Firma



I. ESKATZAILEAREN DATUAK / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Lehen abizena / Primer apellido		Bigarren abizena / Segundo apellido		Izena / Nombre		NA – Egoiliar Baimena – Pasaporte DNI – Permiso residencia – Pasaporte	
Jaioteguna / Fecha de nacimiento		Udalerría / Localidad		Probintzia edo herrialdea Provincia o País		Nazionalitatea Nacionalidad	
Sexua / Sexo		Egoera zibila / Estado civil		Helbidea: K/Pza / Domicilio: C/Pza			
Gizonezkoa Hombre		Emakumezkoa Mujer					
Posta kodea Código Postal	Herria / Localidad		Probintzia / Provincia		Telefonoa / Teléfono		
Osasun-txartel indibiduala / Tarjeta Individual Sanitaria							

II. ESKATZAILEAREN KONTU KORRONTEAREN ZENBAKIA NUMERO DE CUENTA CORRIENTE DE LA PERSONA SOLICITANTE

ENTITATEA / ENTIDAD	Zk. / número

ESKAERA BIDERATU DUENA / DERIVADO DESDE

Osasun Sistema Sistema Sanitario	Egoitza Sistema Sistema Residencial	Oinarrizko Gizarte Zerbitzuak Servicios Sociales de Base	Besteak Otros	Aipatu zein Especificar
-------------------------------------	--	---	------------------	----------------------------

III. ORDEZKARIAREN DATUAK (eskatzailea gai ez balitz) DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en caso de incapacidad de la persona solicitante)

Lehen abizena / Primer apellido		Bigarren abizena / Segundo apellido		Izena / Nombre		NA – Egoiliar Baimena – Pasaporte DNI – Permiso residencia – Pasaporte	
Helbidea: K/Pza / Domicilio: C/Pza			Herria / Localidad		Posta kodea Código Postal	Probintzia / Provincia	Telefonoa Teléfono
Eskatzailearekin duen harremana (senidetasuna): Relación con la persona solicitante (parentesco):				Legezko ordezkaria / Representante legal			
				Egitatezko zaintzailea / Guardador de hecho			

IV. FAMILIAKO KIDEAK (Familiako unitateko kideak helbide berean elkarbitzen direnak) FAMILIARES (Miembros de la unidad familiar que conviven en el mismo domicilio)

Ordena zk. Nº orden	Izen - abizenak Nombre y apellidos	NA DNI	Eskatzailearekin duen lotura (senidetasuna) Relación con la persona solicitante (parentesco)	Harremanetarako telefonoak Tfnos. de contacto
1				
2				
3				
4				



V. ERANSTEN DIREN AGIRIA / DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

NIRE ERANTZUKIZUNPEAN AITORTZEN DUT egiazkoak direla eskaera honetan azaltzen diren datuak eta Administrazioak egiazta ditzan ikertzeko baimena ematen dut.

Era berean, aurrerantzean gerta daitekeen edozein aldaketaren berri emateko dudan obligazioaz jakinaren gainean geratzen naiz

Eskaera honetan zuk emandako datuak informatikoki erabiliko dira, eta eskubidea duzu datuak lortzeko, zuzentzeko eta kentzeko, Datu Pertsonalak Babesteko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoak dioenaren arabera.

Baimena ematen diot eskaera honetan identifikatutako pertsonari erreferentziatzko pertsona gisa aritzeko eskaera honen izapide guztietan nire izenean aritzeko.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a la Administración para comprobar la veracidad de los mismos, así como para recabar información de otras administraciones, incluidas las de carácter tributario.

Asimismo, quedo enterado/a de la obligación de comunicar cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

Los datos facilitados por usted van a ser tratados informáticamente, teniendo usted el derecho de acceso, rectificación y cancelación de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de los Datos de Carácter Personal.

Autorizo a la persona que aparece identificada en esta solicitud como persona de referencia, a realizar en mi nombre, todas las gestiones que sean necesarias en la tramitación de esta solicitud.

Lekua eta eguna /Lugar y fecha:

Eskatzailearen sinadura /Firma de la persona solicitante

***Erreferentzi pertsona edo legezko ordezkariaren sinadura
/ Firma de la persona de referencia o representante legal***