

**PROMOCION: AT-01/04.- 40 VIVIENDAS PARA MAYORES EN REGIMEN DE ARRENDAMIENTO.**

**POBLACION: MONCADA**

**NUMERO DE SOLICITUD:**

**REGIMEN: ALQUILER:**

(A rellenar por el INSTITUTO VALENCIANO DE VIVIENDA)

**SOLICITUD DE APARTAMENTO PARA MAYORES EN REGIMEN DE ARRENDAMIENTO**

**DATOS PERSONALES**

**SOLICITANTE**

NOMBRE

APELLIDOS

NIF

FECHA DE NACIMIENTO/EDAD

NACIONALIDAD

ESTADO CIVIL

DIRECCION

CIUDAD

CODIGO POSTAL

TELEFONO  MOVIL

**CONYUGE (o situaciones análogas)**

NOMBRE

APELLIDOS

NIF

FECHA DE NACIMIENTO/EDAD

NACIONALIDAD

ESTADO CIVIL

DIRECCION

CIUDAD

CODIGO POSTAL

TELEFONO  MOVIL

**HABITA ACTUALMENTE EN:**

CLASE DE ALOJAMIENTO ACTUAL:

DOMICILIO FAMILIAR DE DESCENDIENTES, U OTROS, DOMICILIO PERSONAL, ( EN PROPIEDAD, EN ARRENDAMIENTO, CESION EN PRECARIO, OTROS)

EMPADRONADO EN/AÑO  /

CLASE DE ALOJAMIENTO: ACTUAL

DOMICILIO FAMILIAR DE DESCENDIENTES, U OTROS, DOMICILIO PERSONAL, ( EN PROPIEDAD, EN ARRENDAMIENTO, CESION EN PRECARIO, OTROS)

EMPADRONADO EN/AÑO  /

**LOS ABAJO FIRMANTES DECLARAN BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE SON CIERTOS LOS DATOS QUE CONSIGNAN EN LA PRESENTE SOLICITUD, Y QUEDAN ENTERADOS DE QUE LA FALSEDAD DE CUALQUIERA DE LOS DATOS CONSIGNADOS CONSTITUYE CAUSA DE EXCLUSION SIN PERJUICIO DE OTRAS RESPONSABILIDADES**

En \_\_\_\_\_ - a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**FIRMA DEL CONYUGE (EN SU CASO)**

## **DOCUMENTACION**

### **DE LA PERSONA/PERSONAS QUE VAYAN A CONVIVIR EN LA VIVIENDA (COMO MAXIMO DOS PERSONAS)**

- Fotocopia de DNI/NIF, pasaporte o tarjeta de residencia en vigor.
- Certificado de empadronamiento de los solicitantes con indicación de los periodos en los que se ha estado de alta en el padrón, o en su caso de los hijos o familiares directos según lo especificado en el apartado 2 del artículo 7 del reglamento de gestión de estos apartamentos. En este último caso, deberá presentarse fotocopia compulsada de la documentación que acredite la relación de parentesco con los residentes descendientes o ascendientes, conforme a dicho Reglamento.
- Justificación del estado civil.
- Fotocopia de la Tarjeta de asistencia sanitaria
- Fotocopia de la Declaración del Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas correspondiente al último año.
- En caso de no estar obligado a presentar declaración, Certificado de Imputaciones.
- Certificado negativo de bienes expedido por el Centro de Gestión Catastral (C/ Lauria 24-26 en Valencia)
- Certificación expedida por el organismo oficial correspondiente, con indicación de los ingresos obtenidos en el año 2005. (Pensión, etc...)
- Certificado de minusvalía (En su caso)
- Informe médico que se adjunta, firmado y sellado por su médico de cabecera
- Declaración de compromiso que se adjunta, para el caso de impago, incapacidad o fallecimiento.
- Justificante de la necesidad de vivienda (Desahucio, barreras arquitectónicas, alquiler elevado, etc...)
- Autorización del solicitante o los familiares directos, en su caso, para la emisión de los informes acreditativos de la residencia en Moncada y para recabar los demás datos relevantes obrantes en el Ayuntamiento a los efectos de sus solicitud

Es imprescindible un teléfono de contacto, así como la firma de ambos cónyuges en el caso de que los haya

**Cualquier solicitud que no se presente debidamente cumplimentada, no será tenida en cuenta.**

**Conforme a lo dispuesto en la Ley 15/99 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, los comparecientes quedan informados y aceptan la incorporación de sus datos a los Ficheros automatizados de Carácter Personal existentes en el I.V.V.S.A.; así como de su derecho de oposición, acceso a ellos, rectificación o cancelación de los mismos.**



## DECLARACION DE COMPROMISO DE FAMILIARES

### SOLICITANTE/S

D./DÑA. ...., NIF nº .....

D/DÑA. ...., NIF nº .....

### DATOS DE LA PERSONA/S QUE SE RESPONSABILIZARA DE LA PERSONA ARRENDATARIA DEL APARTAMENTO

(Adjuntar fotocopia de DNI/NIF)

#### 1.- PRIMER FAMILIAR

Nombre Y Apellidos :.....

NIF nº .....

Relación de parentesco con el solicitante .....

Domicilio ..... Código Postal .....

Población ..... Teléfono .....//

Móvil.....

#### 1.- SEGUNDO FAMILIAR

Nombre Y Apellidos .....

NIF nº .....

Relación de parentesco con el solicitante .....

Domicilio ..... Código Postal .....

Población ..... Teléfono .....//

Móvil.....

El/Los abajo firmante/s se COMPROMETE/N a responsabilizarse y hacerse cargo de (solicitante/s)

SOLICITANTE:.....

...

CONYUGE

.....

en el caso de incapacidad o fallecimiento y AVALAN el pago de la renta del alquiler en caso de impago

En ....., a .....de .....de 2007.

Fdo: .....

**B DADES DEL METGE / DATOS DEL DOCTOR**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	NÚM. COL·LEGIADA Nº. COLEGIADO/A
---------------------	--------------	-------------------------------------

**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
---------------------	--------------

**C DIAGNÒSTIC (1) / DIAGNÓSTICO (1)**

DIAGNÒSTIC / DIAGNÓSTICO

**D ATENCIÓ QUE PRECISA / ATENCIÓN QUE PRECISA**

<b>MOBILITAT MOVILIDAD</b> <input type="checkbox"/> 1. Camina amb normaltat. Camina con normaldad. <input type="checkbox"/> 2. Camina amb dificultat o amb l'ajuda de bastó. Camina con dificultad o con ayuda de bastón. <input type="checkbox"/> 3. Camina amb ajuda de croses, caminador, etc. Camina con ayuda de muletas, andador, etc. <input type="checkbox"/> 4. En cadira de rodes o en el lit. En silla de ruedas o encamado.	<b>CONTINÈNCIA D'ESFINTERS CONTINENCIA DE ESFINTERES</b> <input type="checkbox"/> 17. Continència completa. Continencia completa. <input type="checkbox"/> 18. Incontinència ocasional. Incontinencia ocasional. <input type="checkbox"/> 19. Incontinència freqüent. Incontinencia frecuente. <input type="checkbox"/> 20. Incontinència completa. Incontinencia completa.	<b>INCOHERÈNCIES EN LA COMUNICACIÓ INCOHERENCIAS EN LA COMUNICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> 33. Ninguna o lleu. Ninguna o leve. <input type="checkbox"/> 34. Moderada. Moderada. <input type="checkbox"/> 35. Important. Importante. <input type="checkbox"/> 36. Total. Total.
<b>VESTIMENTA</b> <input type="checkbox"/> 5. Es vesteix sense ajuda i correctament. Se viste sin ayuda y correctamente. <input type="checkbox"/> 6. Es vesteix a soles però incorrectament. Se viste solo pero incorrectamente. <input type="checkbox"/> 7. Necessita alguna ajuda per a vestir-se. Precisa alguna ayuda para vestirse. <input type="checkbox"/> 8. Incapaç de vestir-se sense ajuda. Incapaz de vestirse sin ayuda.	<b>LIMITACIÓ VISUAL LIMITACIÓN VISUAL</b> <input type="checkbox"/> 21. Ninguna o lleu. Ninguna o leve. <input type="checkbox"/> 22. Moderada. Moderada. <input type="checkbox"/> 23. Important. Importante. <input type="checkbox"/> 24. Total. Total.	<b>ESTAT EMOCIONAL ESTADO EMOCIONAL</b> <input type="checkbox"/> 37. Normal. Normal. <input type="checkbox"/> 38. Inestable. Inestable. <input type="checkbox"/> 39. Alterat. Alterado. <input type="checkbox"/> 40. Depressiu. Depresivo.
<b>ASEO</b> <input type="checkbox"/> 9. Es renta sense ajuda. Se asea sin ayuda. <input type="checkbox"/> 10. Es renta a soles però incorrectament. Se asea solo pero incorrectamente. <input type="checkbox"/> 11. Necessita ajuda per a rentar-se. Precisa ayuda para asearse. <input type="checkbox"/> 12. Incapaç de rentar-se sense ajuda. Incapaz de asearse sin ayuda.	<b>LIMITACIÓ AUDITIVA LIMITACIÓN AUDITIVA</b> <input type="checkbox"/> 25. Ninguna o lleu. Ninguna o leve. <input type="checkbox"/> 26. Moderada. Moderada. <input type="checkbox"/> 27. Important. Importante. <input type="checkbox"/> 28. Total. Total.	<b>TRASTORNS EN LA CONDUCTA TRASTORNOS EN LA CONDUCTA</b> <input type="checkbox"/> 41. Cap. Ninguno. <input type="checkbox"/> 42. Lleugers. Ligeños. <input type="checkbox"/> 43. Moderada. Moderada. <input type="checkbox"/> 44. Important. Importante.
<b>ALIMENTACIÓ ALIMENTACIÓN</b> <input type="checkbox"/> 13. S'alimenta correctament i sense ajuda. Se alimenta correctamente y sin ayuda. <input type="checkbox"/> 14. S'alimenta amb ajuda mínima. Se alimenta con ayuda mínima. <input type="checkbox"/> 15. Necessita ajuda amb freqüència. Precisa ayuda con frecuencia. <input type="checkbox"/> 16. Incapaç per alimentar-se, necessita ajuda. Incapaz para alimentarse, precisando ayuda.	<b>ORIENTACIÓ EN EL TEMPS I EN ESPAI ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y EN ESPACIO</b> <input type="checkbox"/> 29. Completament orientat. Completamente orientado. <input type="checkbox"/> 30. Desorientació ocasional. Desorientación ocasional. <input type="checkbox"/> 31. Desorientació freqüent. Desorientación frecuente. <input type="checkbox"/> 32. Completament desorientat. Completamente desorientado.	<b>TRASTORNS EN LA MEMÒRIA TRASTORNOS EN LA MEMORIA</b> <input type="checkbox"/> 45. Cap. Ninguno. <input type="checkbox"/> 46. Lleugers. Ligeños. <input type="checkbox"/> 47. Moderada. Moderada. <input type="checkbox"/> 48. Important. Importante.
<b>ESTABILITAT DE L'ESTAT DE SALUT ESTABILIDAD DEL ESTADO DE SALUD</b> <input type="checkbox"/> 49. Deterioració progressiva lenta. Deterioro progresivo lento. <input type="checkbox"/> 50. Deterioració progressiva moderada. Deterioro progresivo moderado.	<input type="checkbox"/> 51. Deterioració progressiva accelerada. Deterioro progresivo acelerado. <input type="checkbox"/> 52. Deterioració progressiva molt accelerada. Deterioro progresivo muy acelerado.	

ALTRES SITUACIONS NO ESPECIFICADES EN ELS APARTATS ANTERIORS / OTRAS SITUACIONES NO ESPECIFICADAS EN LOS APARTADOS ANTERIORES

(1) Especificar si l'estat de salut del sol·licitant requereix l'adopció de mesures de salut pública que impliquen aïllament i/o mesures extraordinàries destinades a impedir la transmissibilitat. Indicar així mateix, si patix trastorns greus de conducta i/o comportaments agressius.  
Especificar si el estado de salud del solicitante requiere la adopción de medidas de salud pública que impliquen aislamiento i/o medidas extraordinarias destinadas a impedir la transmisibilidad. Indicar asimismo, si padece trastornos graves de conducta i/o comportamientos agresivos.

Firma: \_\_\_\_\_