



## SOLICITUD DE PLAZA RESIDENCIA DE MAYORES “VIRGEN DE LA CABEZA”

### Datos del Asociado

Nombre y apellidos				DNI	
Fecha de nacimiento	Empleo	Situación	Estado civil	Teléfonos	
Dirección					Código Postal
Localidad	Provincia		Email		

### Datos del Solicitante (cuando sea distinto al asociado)

Nombre		Apellidos			
DNI	Relación con el socio		Fecha de nacimiento	Estado civil	

### Datos del Representante legal o persona de contacto

Nombre y apellidos				DNI	
Teléfonos		Dirección			Código Postal
Localidad	Provincia		Email		

La solicitud de plaza y la documentación complementaria de las misma, será enviada a: [registro@aphgc.es](mailto:registro@aphgc.es)

### Clausula informativa de protección de datos

Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la presente información sobre el tratamiento de sus datos personales y, cuando corresponda, los del asociado a su cargo en su carácter de representante legal:

Datos del responsable del Tratamiento:

- **Responsable del tratamiento de sus datos:** ASOCIACIÓN PRO HUÉRFANOS DE LA GUARDIA CIVIL (APHGC)
- **CIF:** ESG28239747
- **CALLE:** Calle Príncipe de Vergara 248, 28016, Madrid, España
- **CORREO ELECTRÓNICO:** [protecciondatos@aphgc.es](mailto:protecciondatos@aphgc.es)



**Finalidad del tratamiento:** Valorar y gestionar las ayudas a prestar al personal socio solicitante de una plaza en la Residencia de Guadarrama y determinar el orden de prelación para el ingreso a la misma.

**Legitimación para el tratamiento:** i) la ejecución de un contrato; ii) el consentimiento explícito del solicitante para el tratamiento de sus datos de salud o los del asociado a su cargo - en su carácter de representante legal -para la finalidad descripta.

**Destinatarios:** Cuando corresponda y para poder prestarle a usted o a quien tiene a su cargo los servicios como asociado de APHGC sus datos y/o los del asociado a su cargo podrán ser comunicados a la Empresa Gestora de la Residencia (Sanitas) para la formalización del contrato de admisión y posterior prestación de los servicios de la Residencia a cargo de la Empresa Gestora.

**Sus derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas, así como a obtener información clara y transparente sobre el tratamiento de sus datos. Puede ejercer sus derechos en: [protecciondatos@aphgc.es](mailto:protecciondatos@aphgc.es).

Si considera que sus datos no son tratados correctamente por ASOCIACIÓN PRO HUÉRFANOS DE LA GUARDIA CIVIL puede dirigir sus reclamaciones al correo [protecciondatos@aphgc.es](mailto:protecciondatos@aphgc.es) o a la autoridad de protección de datos que corresponda, siendo la AEPD la indicada en el territorio nacional, [www.aepd.es](http://www.aepd.es).

**Más información:** Puede solicitar más información en nuestras instalaciones o enviando un email [protecciondatos@aphgc.es](mailto:protecciondatos@aphgc.es).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

(Firma del solicitante o del representante legal)



## INFORME MÉDICO

Dada la incidencia del presente informe en la valoración del expediente de solicitud de plaza en la Residencia de Mayores "Virgen de la Cabeza", se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos en el informe.

Reconocimiento médico efectuado por el Doctor/a D./D <sup>a</sup> .		Médico del Sistema Nacional de Salud	
		IMSALUD	Otros (especificar):
Colegiado nº	Dirección del Centro de Salud (Área)		Teléfono
Al solicitante D./D <sup>a</sup>		Edad	Sexo

Fecha del reconocimiento: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Padece una enfermedad infecto-contagiosa activa	SI	NO
Se encuentra inmovilizado en cama, necesitando cuidados médicos de forma permanente	SI	NO
Presenta trastornos psíquicos graves que puedan producir alteraciones en la convivencia	SI	NO

### 1. Situación física

Limitaciones en el campo visual	0 (No)	1 (Ocasional)	2(Frecuente)	3(Totales)
Limitaciones en el campo audiovisual	0 (No)	1 (Ocasional)	2(Frecuente)	3(Totales)
Incontinencia urinaria	0 (No)	1 (Ocasional)	2(Frecuente)	3(Totales)
Incontinencia fecal	0 (No)	1 (Ocasional)	2(Frecuente)	3(Totales)
Especificar:	Uso de pañales	Dispositivo	Sonda	Colostomia
Dificultad en el manejo de las extremidades superiores	0 (No)	1 (Leve)	2(Importante)	3(Total)
Dificultad en el manejo de las extremidades inferiores	0 (No)	1 (Leve)	2(Importante)	3(Total)
Especificar:	Uso de bastón	Andador	Silla de ruedas	
Dificultad respiratoria	0 (No)	1 (Leve)	2(Moderada a severa)	

### 2. Situación Psíquica

Desorientación temporo-espacial	0 (No)	1 (Esporádicos)	2(Habituales)	3(Total)
Alteraciones de percepción	0 (No)	1 (Leve)	2(Moderada)	3(Importantes)
Incoherencia en la comunicación	0 (No)	1 (Ligeras)	2(Frecuentes)	3(Totales)
Descontrol emocional	0 (No)	1 (Leve)	2(Moderado)	3(Importante)
Trastornos de la memoria	0 (No)	1 (Leve)	2(Moderados)	3(Importantes)
Trastornos de la conducta	0 (No)	1 (Leve)	2(Moderada)	3(Importantes)





## RÉGIMEN DE INCOMPATIBILIDAD

La percepción de la aportación incrementada para beneficiarios alojados en la Residencia de Mayores "Virgen de la Cabeza", sita en Guadarrama (Madrid), que concede la Asociación Pro Huérfanos de la Guardia Civil, será incompatible con cualquier otra ayuda concedida con igual finalidad, y en el tramo que resulte coincidente, por Organismos Públicos o privados, con devolución acreditada de las cantidades percibidas.

Si la suma de la Aportación de la Asociación Pro Huérfanos y la concedida por otro organismo, más la Pensión Mensual Equivalente de la unidad familiar, supera el coste total de la plaza, el interesado devolverá a la Asociación la cantidad resultante de la aplicación de la siguiente fórmula, hasta el límite de la cuantía concedida como aportación por la Asociación Pro Huérfanos.

$$\text{AI} + \text{CPO} + \text{PME} - \text{PMR} = \text{Importe a devolver por el interesado}$$

**Todo ello teniendo en cuenta que:**

**AI** = Aportación Incrementada. (Ayuda mensual concedida por la Asociación Pro Huérfanos).

**CPO** = Cuantía mensual prestación concedida por otro organismo.

**PME** = Pensión Mensual Equivalente de la unidad familiar.

**PMR** = Precio Mensual de la Plaza en la Residencia.

Con la firma de este documento, D. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, con domicilio a efecto de notificaciones consignado en el impreso de solicitud de plaza, **se compromete a la DEVOLUCIÓN, en la parte que proceda de la APORTACIÓN PRESTADA** por la Asociación Pro Huérfanos de la Guardia Civil, en concepto de estancia en la Residencia de Mayores "Virgen de la Cabeza", sita en Guadarrama (Madrid), en el caso anteriormente reseñado y el cual conozco en todos sus términos. Extendiéndose dicha obligación a los herederos del titular de la prestación. **Su incumplimiento dará lugar a la retirada de las ayudas que, con igual finalidad, pueda solicitar a la Asociación.**

Por otro lado, en el caso de que el solicitante no informe de un cambio en las ayudas recibidas, se autoriza a que la Asociación Pro Huérfanos de la Guardia Civil recabe dicha información de la gestora de la Residencia "Virgen de la Cabeza".

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

(Firma del solicitante, representante legal o persona autorizada)



## SOLICITUD APORTACIÓN ECONÓMICA ( Solo beneficiarios (1) )

### Datos del Beneficiario

Nombre	Apellidos	NIF:

SOLICITA APORTACIÓN ECONÓMICA DE LA APHGC (2)       SI       NO

### Datos bancarios:

Cód. IBAN      Entidad      Sucursal      DC      Nº de cuenta      CÓDIGO BIC/SWIFT

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

(Firma del solicitante o del representante legal)

**(1)Tendrán la consideración de beneficiarios:** los solicitantes o residentes comprendidos en el apartado 2 de las Normas para asignación de plaza y beneficios en la Residencia de Mayores "Virgen de la Cabeza", que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- Tengan un Grado III de dependencia.
- Tengan un Grado I o II de dependencia y hayan cumplido 75 años.
- Tengan cumplidos 80 años.

**(2)Apartado 12** de las normas para asignación de plaza y beneficios en la Residencia de Mayores "Virgen de la Cabeza". Cuantía: Anexo 1



## SOLICITUD APORTACIÓN INCREMENTADA

### Datos del Beneficiario (1)

Nombre	Apellidos	NIF:

Con motivo de su próximo ingreso en la Residencia “Virgen de la Cabeza”, y por reunir los requisitos previstos en el artículo 3 de la Normas para la asignación de plazas y beneficios en la citada residencia, le ha sido concedida la APORTACIÓN BÁSICA prevista en su artículo 12.

No obstante, y al tener dificultad para atender el coste de su estancia, por resultar insuficiente dicha ayuda,

### **SOLICITA:**

Le sea concedida la APORTACIÓN INCREMENTADA, recogida en el apartado 12.3 de las referidas normas, en la cuantía que le corresponda,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Firma del solicitante o del representante legal)

**(1)** Tendrán la consideración de beneficiarios: los solicitante o residentes comprendidos en el apartado 2 de las Normas para asignación de plaza y beneficios en la Residencia de Mayores “Virgen de la Cabeza”, que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- Tengan un Grado III de dependencia.
- Tengan un Grado I o II de dependencia y hayan cumplido 75 años.
- Tengan cumplidos 80 años.



## DOCUMENTOS A APORTAR POR EL SOLICITANTE DE PLAZA

### 1.- GENERAL PARA TODO EL PERSONAL QUE DESEE INGRESAR EN LA RESIDENCIA

#### 1.1 Impresos

- Solicitud ingreso. (obligatorio firmar cláusula protección de datos)
- Informe médico.
- Régimen de incompatibilidad.
- Solicitud de aportación económica.
- Solicitud de aportación económica incrementada (Apartado 12.3 Normas Asignación Plazas)  
(Cumplimentar sólo cuando sea Beneficiario de la APORTACIÓN BÁSICA)

#### 1.2 Otros

- Fotocopia del D.N.I.
- Copia de la Cartilla del I.S.F.A.S. ó Tarjeta Sanitaria Seguridad Social - Entidad Médica.
- Fotocopia cartilla bancaria en la que conste número de cuenta y titulares.

### 2.- SI SOLICITA EL INGRESO DE SU CONYUGE O PAREJA DE HECHO SOLO/A O COMO ACOMPAÑANTE, JUNTO A LA DOCUMENTACIÓN ANTERIOR APORTARÁ:

- Fotocopia DNI del cónyuge o pareja de hecho.
- Fotocopia del Libro de Familia o del Registro de Parejas donde figure la vinculación con el socio.

### 3.- SI EL SOLICITANTE ES VIUDO O VIUDA DE SOCIO:

- Los contemplados en los apartados anteriores
- Copia del certificado de defunción del titular del derecho.

### 4.- SI EL SOLICITANTE ES UNA PERSONA QUE REPRESENTA AL INTERESADO:

- Documento notarial de representación, poder notarial o fotocopia del Libro de Familia u otro documento que acredite la relación con el residente.
- Fotocopia del DNI del representante.

### 5.- SI SOLICITA LA APORTACIÓN INCREMENTADA DE LA ASOCIACIÓN:

- Documento que acredite el Grado de Dependencia, expedido por la Comunidad Autónoma de residencia
- Certificados de Pensiones de Clases Pasivas (I) y del Instituto Nacional de la Seguridad Social (II)(INSS), de la unidad familiar.
- Certificados de pensiones extranjeras, de organismos internaciones ONU, UE, y cualquier otra pensión que pudiera recibir de la unidad familiar.
- Declaración responsable de los ingresos del trabajo de otros miembros de la unidad familiar.

### 6. – REMISIÓN Y GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN:

La solicitud de plaza y la documentación complementaria de las misma, será enviada a: [registro@aphgc.es](mailto:registro@aphgc.es).

Las posteriores comunicaciones para la gestión de la documentación se realizarán en la sede de esta Asociación (Sección de Huérfanos-Negociado de Residencia de Mayores), donde deberán remitirla por cualquier medio (correo electrónico: [residencia.guadarrama@aphgc.es](mailto:residencia.guadarrama@aphgc.es) ; correo postal: calle Príncipe de Vergara nº 248 – 28016 Madrid) o entregarla de manera presencial, debidamente cumplimentada.

Para cualquier consulta al respecto, no dude en llamar al teléfono: 91 344 12 27, extensiones: 3252 – 3253.

(i) Solicitud: Dirección Gral. Costes y Pensiones Públicas. C/ General Perón, 38 (autorización del titular)

(ii) Solicitud: Delegaciones de la Seguridad Social. (autorización del titular)