

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00003

Registro de Expedientes

01 Diciembre 2009

Unidad de Convivencia

Uts: 001

Dirección: CLL REI JAUME I, 30, 4

Teléfono: 965810335

Población: 03410

ALICANTE

Municipio Administrativo:

Hábitat Equipamiento y Vivienda de Unidad de Convivencia

Tipo de Vivienda: PISO/APARTAMENTO

Núm. Habitaciones: DE 1 A 5

Personas: 06

Régimen de Tenencia: PROPIA(NO PAG)

Metros Cuadrados: DE 21 A 25 M.

Carencias en Hábitat e Higiene

Lavadora Automática: ✓ **Frigorífico:** ✓

Ventilación: NS/NC:

Amenaza Ruina:

Agua Corriente: ✓ **W.C.:** ✓

Teléfono: ✓

Deterioro Goteras / Humedad:

Electricidad: ✓ **Gas:**

Iluminación Natural:

Barreras Arquitectónicas Acceso:

Agua Caliente: ✓ **Ducha:** ✓

Calefacción total:

Barreras Arquitectónicas Casa:

Datos Económicos

Alquiler: 3.600,00

Agua: 360,00

Electricidad: 600,00

Mantenimiento: 7.200,00

Limpieza: 1.032,00

Teléfono: 730,00

Gas:

Deudas: 2.400,00

Gastos Fijos Año: 15.922,00

Condiciones de la Vivienda

Condiciones Higiénicas:

Infraestructura:

Movilidad Vivienda:

Servicios:

Equipamiento:

Observaciones:

Espacio disponible para Anotaciones y Registro de Información Cualitativa

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00003

Registro de Expedientes

01 Diciembre 2009

Datos Personales

Sra. CARLA CATALÀ GALVANY

Uts: 001

Fecha Nacimiento: 10.05.1997

Nacionalidad: ESPAÑA

País de Nacimiento: ESPAÑA

Empadronamiento:

T. Residencia C.C.A.A.:

Dni:

Teléfono Móvil:

Parentesco: OTROS FAMILIARES

Estado Civil: SOLTERO/A

Salud: NINGUNA ENFERMEDAD

Estudios: CURSANDO EDUCACIÓN PRIMARIA O EGB PRIMERA ETAPA

Ingresos:

Actividad Económica: ESTUDIANTE O EN EDAD NO LABORAL

Ocupación: ESTUDIANTE O EN EDAD NO LABORAL

Datos Intervención

Sra. CARLA CATALÀ GALVANY

Inicio:

Cierre:

Terminación:

Alta Inem:

Entrada:

Resolución:

Renovación:

Baja:

Valoración:

Demandado:

Idóneo:

Situación Expediente:

Aplicado:

Sector Poblacional:

Perceptor:

Importe:

Pagos:

Total Año:

Tipo de Pago:

Forma de Pago:

UTS Vinculado:

Resuelto: No

Propio: No

Concedido: No

Observaciones

Total Miembro:

0,00

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00003

Registro de Expedientes

01 Diciembre 2009

Datos Personales

Sr. D. MARTÍ CATALÀ GALVANY

Uts: 001

Fecha Nacimiento: 03.10.2004 **Nacionalidad:** ESPAÑA **País de Nacimiento:** ESPAÑA
Empadronamiento: **T. Residencia C.C.A.A.:** **Dni:** **Teléfono Móvil:**
Parentesco: OTROS FAMILIARES **Estado Civil:**SOLTERO/A **Salud:** NINGUNA ENFERMEDAD
Estudios: CURSANDO PREESCOLAR **Ingresos:**
Actividad Económica: ESTUDIANTE O EN EDAD NO LABORAL
Ocupación: ESTUDIANTE O EN EDAD NO LABORAL

Datos Intervención

Sr. D. MARTÍ CATALÀ GALVANY

Inicio: **Cierre:** **Terminación:** **Alta Inem:**
Entrada: **Resolución:** **Renovación:** **Baja:**

Valoración:	
Demandado:	
Idóneo:	Situación Expediente:
Aplicado:	

Sector Poblacional:

Perceptor:

Importe: **Pagos:** **Total Año:** **Tipo de Pago:** **Forma de Pago:**

UTS Vinculado: **Resuelto:** No **Propio:**No **Concedido:** No

Observaciones

Total Miembro: 0,00

Total Pagos por Unidad: 0,00

Pr.	Mun.	Zona	Centro
03	005	01	001

Nº Exped. 3

INSTANCIA

01 Diciembre

Datos Personales:

SEBARROJA GALVANY ,JULIA

REI JAUME I, 30, 4

03410

Teléfono: 965810335

DNI:16262446N C

HECHOS Y RAZONES:

JULIA SEBARROJA GALVANY CON DNI 16262446-N, EN ACOGIMIENTO FAMILIAR DEBIDO A UN ACCIDENTE DE TRÁFICO DE SUS PADRES. SU PADRE MURIÓ Y SU MADRE ESTÁ EN COMA. TIENE DIAGNOSTICADA UNA PARÁLISIS CEREBRAL QUE LE AFECTA AL HABLA, A LA MOVILIDAD. UTILIZA UNA SILLA DE RUEDAS. TIENE RETRASO MENTAL. EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE ACOGIDA POR SUS TIOS.

SOLICITUD:

LA CASA DE SUS TIOS NO ESTÁ HABILITADA PARA JULIA: NO EXISTEN ADAPTACIONES, LAS PUERTAS SON ESTRECHAS Y NO PUEDE PASAR LA SILLA DE RUEDAS, ES UN PRIMER PISO SIN ASCENSOR. POR ELLO EL PISO ES UN LABERINTO PARA LA MOVILIDAD DE JULIA. POR ESTE MOTIVO, SOLICITAMOS UNA PRESTACIÓN DE ACTUACIONES DE URBANISMO CON EL FIN DE ELIMIANAR LAS BARRERAS DEL HOGAR

RECURSO APLICADO: PREST. Y ACTUACIONES:URBANISMO

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

CERTIFICADO DE MINUSVALIA DE JULIA

CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO DE JULIA

CERTIFICADO DE CONVIVENCIA

Firma del Interesado

AUTORIZACIÓN: Por la presente, autorizo al Dpto. de Servicios Sociales a la utilización de los datos que he declarado, en los términos que regula la Ley de Protección de Datos 15/1999, sobre protección de datos personales de nivel máximo, de lo que he sido debidamente informado.

REGISTRO DE ENTRADA:

DEPARTAMENTO