

Pr.	Mun.	Zona	Centro
03	005	01	001

Nº Exped. 2

INSTANCIA

15 Diciembre

Datos Personales:

SEBARROJA GALVANY ,JULIA

REI JAUME I, 30, 1, 4

03410 BIAR

ALICANTE

Teléfono: 965810335

DNI:16262446N C

HECHOS Y RAZONES:

El domicilio actual de Julia no está adaptado a sus necesidades por lo que es preciso modificar la estructura de su vivienda

SOLICITUD:

- Solicitu de eliminación de barreras arquitectónicas

RECURSO APLICADO: ELIMINACION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

- Fotocopia DNI
- Certificado de minusvalía
- Informe médico y de Trabajadora social
- Declaración de la renta o certificado de pensión
- Certificado de empadronamiento.

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

Pr.	Mun.	Zona	Centro
03	005	01	001

Nº Exped. 2

INSTANCIA

15 Diciembre

Datos Personales:

SEBARROJA GALVANY ,JULIA

REI JAUME I, 30, 1, 4

03410 BIAR

ALICANTE

Teléfono: 965810335

DNI:16262446N C

HECHOS Y RAZONES:

Debido a la parálisis cerebral de Julia y su retraso, ésta necesita de la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

SOLICITUD:

- Solicitud SAD

RECURSO APLICADO: ATENCION GENERICA E INESPECÍFICA EN EL DOMICILIO

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

- Fotocopia DNI
- Certificado de minusvalía
- Certificado de empadronamiento
- Informe médico

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

Pr.	Mun.	Zona	Centro
03	005	01	001

Nº Exped. 2

INSTANCIA

15 Diciembre

Datos Personales:

SEBARROJA GALVANY ,JULIA

REI JAUME I, 30, 1, 4

03410 BIAR

ALICANTE

Teléfono: 965810335

DNI:16262446N C

HECHOS Y RAZONES:

Julia tiene una gran discapacidad por lo que precisa del reconocimiento de la misma para poder beneficiarse de los recursos disponibles a su alcance.

SOLICITUD:

- Solicitud del reconocimiento del grado de minusvalía

RECURSO APLICADO: RECONOCIMIENTO DE MINUSVALIA

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

- Fotocopia DNI
- Certificado de empadronamiento
- Informe médico

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

Pr.	Mun.	Zona	Centro
03	005	01	001

Nº Exped. 2

INSTANCIA

15 Diciembre

Datos Personales:

GALVANY MOLINA ,DOLORES

REI JAUME I, 30, 1, 4

03410 BIAR

ALICANTE

Teléfono: 965810335

DNI:52771706N T

HECHOS Y RAZONES:

- Tanto Dolores como su esposo trabajan por lo que no tienen tiempo para atender a sus hijos a determinadas horas por lo que precisan de la atención de una tercera persona que atienda las necesidades de los hijos, especialmente de Julia que tiene discapacidad.

SOLICITUD:

Pensión LISMI ayuda a terceras personas: para que puedan contratar a un cuidador que atienda a los hijos y a Julia

RECURSO APLICADO: PENSION LISMI AYUDA TERCERA PERSONA

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

- Certificado de minusvalía
- Fotocopia DNI
- Certificado de empadronamiento
- Solicitud pensión LISMI: ayuda a terceras personas
- Declaración de la renta o certificado de la pensión

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

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00004

Registro de Expedientes

15 Diciembre 2009

Unidad de Convivencia

Uts: 001

Dirección: CLL REI JAUME I, 30, 1, 4

Teléfono: 965810335

Población: 03410 BIAR

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: ALQUILADA

Metros Cuadrados:

DE 81 A 95 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:

Agua:

Electricidad:

Mantenimiento:

Limpieza:

Teléfono:

Gas:

Deudas:

Gastos Fijos Año:

Condiciones de la Vivienda

Condiciones Higiénicas:

Infraestructura: Primero sin ascensor. La vivienda no está adaptada para el acceso de la silla de ruedas.

Movilidad Vivienda: La sobrina convive con ellos en el piso. Tiene parálisis cerebral por lo que va en silla de ruedas. El piso no está adaptado para ella. Viven en un primero sin ascensor y la casa no cuenta con puertas, entre otras cosas, que le faciliten el acceso a la misma.

Servicios:

Equipamiento:

Observaciones:

Espacio disponible para Anotaciones y Registro de Información Cualitativa

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00004

Registro de Expedientes

15 Diciembre 2009

Datos Personales

Sra. *JULIA SEBARROJA GALVANY*

Uts: 001

Fecha Nacimiento: 14.04.1990 **Nacionalidad:** ESPAÑA **País de Nacimiento:** ESPAÑA
Empadronamiento: **T. Residencia C.C.A.A.:** **Dni:** 16262446NC **Teléfono Móvil:**
Parentesco: ACOGIDO **Estado Civil:** SOLTERO/A **Salud:** DIS.FISICA MAS PSIQUICA
Estudios: CURSANDO EDUCACION ESPECIAL **Ingresos:**
Actividad Económica: ESTUDIANTE O EN EDAD NO LABORAL
Ocupación: ESTUDIANTE O EN EDAD NO LABORAL

Datos Intervención

Sra. *JULIA SEBARROJA GALVANY*

Inicio: 01.12.2009 **Cierre:** . . . **Terminación:** . . . **Alta Inem:** . . .
Entrada: 01.12.2009 **Resolución:** . . . **Renovación:** . . . **Baja:** . . .

Valoración: DIFICULTAD DE MOVILIDAD
Demandado: RECONOCIMIENTO DE MINUSVALIA
Idóneo: RECONOCIMIENTO DE MINUSVALIA **Situación Expediente:** ABIERTO
Aplicado: RECONOCIMIENTO DE MINUSVALIA

Sector Poblacional: MINUSVALIDOS(Físicos,psíquicos y sensoriales).

Perceptor: JULIA SEBARROJA GALVANY

Importe: **Pagos:** 1 **Total Año:** **Tipo de Pago:** **Forma de Pago:** Recibo

UTS Vinculado:001 **Resuelto:** No **Propio:**Sí **Concedido:** No

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00004

Registro de Expedientes

15 Diciembre 2009

Datos Intervención Sra. *JULIA SEBARROJA GALVANY*

Inicio: 01.12.2009 **Cierre:** . . . **Terminación:** . . . **Alta Inem:** . . .
Entrada: 01.12.2009 **Resolución:** . . . **Renovación:** . . . **Baja:** . . .

Valoración: DIFICULTAD DE MOVILIDAD
Demandado: ADAPTACION FUNCIONAL DEL HOGAR
Idóneo: ADAPTACION FUNCIONAL DEL HOGAR **Situación Expediente:** ABIERTO
Aplicado: ADAPTACION FUNCIONAL DEL HOGAR

Sector Poblacional: MINUSVALIDOS(Físicos,psíquicos y sensoriales).

Perceptor: JULIA SEBARROJA GALVANY

Importe: **Pagos:** 1 **Total Año:** **Tipo de Pago:** **Forma de Pago:** Recibo

UTS Vinculado:001 **Resuelto:** No **Propio:**Sí **Concedido:** No

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00004

Registro de Expedientes

15 Diciembre 2009

Datos Intervención Sra. *JULIA SEBARROJA GALVANY*

Inicio: 01.12.2009 **Cierre:** . . . **Terminación:** . . . **Alta Inem:** . . .
Entrada: 01.12.2009 **Resolución:** . . . **Renovación:** . . . **Baja:** . . .

Valoración: DIFICULTAD DE MOVILIDAD
Demandado: ELIMINACION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS
Idóneo: ELIMINACION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS **Situación Expediente:** ABIERTO
Aplicado: ELIMINACION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS

Sector Poblacional: MINUSVALIDOS(Físicos,psíquicos y sensoriales).

Perceptor: JULIA SEBARROJA GALVANY

Importe: **Pagos:** 1 **Total Año:** **Tipo de Pago:** **Forma de Pago:** Recibo

UTS Vinculado:001 **Resuelto:** No **Propio:**Sí **Concedido:** No

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00004

Registro de Expedientes

15 Diciembre 2009

Datos Intervención Sra. *JULIA SEBARROJA GALVANY*

Inicio: 15.12.2009 **Cierre:** . . . **Terminación:** . . . **Alta Inem:** . . .

Entrada: 15.12.2009 **Resolución:** . . . **Renovación:** . . . **Baja:** . . .

Valoración: DIFICULTADES PARA LA REALIZACION DE TAREAS COTIDIANAS

Demandado: ATENCION GENERICA E INESPECÍFICA EN EL DOMICILIO

Idóneo: ATENCION GENERICA E INESPECÍFICA EN EL DOMICILIO

Situación Expediente: ABIERTO

Aplicado: ATENCION GENERICA E INESPECÍFICA EN EL DOMICILIO

Sector Poblacional: CONJUNTO DE TODA LA POBLACION

Perceptor: JULIA SEBARROJA GALVANY

Importe: **Pagos:** 1 **Total Año:** **Tipo de Pago:** **Forma de Pago:** Recibo

UTS Vinculado:001 **Resuelto:** No **Propio:**Sí **Concedido:** No

Total Miembro: _____ **0,00**

Pr.	Mun.	Zona	Centro	Unidad
03	005	01	001	00004

Registro de Expedientes

15 Diciembre 2009

Datos Personales

Sr. D. JAUME CATALÀ BLANCO

Uts: 001

Fecha Nacimiento: 20.11.1950 **Nacionalidad:** ESPAÑA **País de Nacimiento:** ESPAÑA
Empadronamiento: **T. Residencia C.C.A.A.:** **Dni:** 19332910SF **Teléfono Móvil:**
Parentesco: PADRE **Estado Civil:** CASADO/A **Salud:** NINGUNA ENFERMEDAD
Estudios: EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA O GRADUADO **Ingresos:** 16.800,00
Actividad Económica: TRABAJADORES NO CUALIFICADOS DE LA INDUSTRIA Y SERVICIO
Ocupación: TRABAJA POR CUENTA AJENA FIJO

Datos Intervención

Sr. D. JAUME CATALÀ BLANCO

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	00004

Registro de Expedientes

15 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: HIJO/A

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	00004

Registro de Expedientes

15 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: HIJO/A **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