



CASO _____ / _____

DATOS DE SOLICITUD A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD / USUARIO SOLICITANTE

PROCEDENCIA

NOMBRE DEL PROFESIONAL SOLICITANTE:

ENTIDAD:

FECHA SOLICITUD:

NOMBRE DEL USUARIO PARTICULAR:

MEDIO DE CONTACTO (telefono y correo electronico):

DATOS BENEFICIARIO

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI /NIE /PASAPORTE:

Nº CIASS:

DISCAPACIDAD RECONOCIDA: SI NO

GRADO:

NOMBRE PADRE / MADRE O TUTOR LEGAL:

DIRECCION:

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

DOCUMENTACION OBLIGATORIA

INFORME MÉDICO: SI NO

INFORME SOCIAL: SI NO

INFORMACION OBLIGATORIA SOBRE EL TRATAMIENTO

DESCRIPCION DE LA NECESIDAD:

INFORMACION ECONOMICA: (Marcar Rango Económico)

1 0 - 11.279,38 €

2 > 12.600 €

★ Se toma como base el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples -IPREM anual (14 pagas) 2019 *1,5 por unidad familiar.

OBSERVACIONES: Fuera de estos rangos economicos reflejar los detalles referentes a la situacion economica de la unidad familiar que justifica la inclusion en programa.

VALORACIÓN Y RESOLUCIÓN: (A cumplimentar por Hospital San Juan de Dios)

FECHA DE RECEPCION:

FECHA DE VALORACION:

ACEPTADO: SI NO FECHA DE COMUNICACIÓN:

DENEGADO: SI NO FECHA DE COMUNICACIÓN:

Observaciones HSJDZ:

FECHA Y FIRMA: