



**ADINEKO PERTSONA EZINDUENTZAKO EKIPAMENDUETAN LEKUA  
ESKATZEKO ORRIA**  
**DEMANDA DE PLAZA EN EQUIPAMIENTOS PARA PERSONAS MAYORES  
DEPENDIENTES**

D/ D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ *jauna/andrea*

UDALA/ AYUNTAMIENTO \_\_\_\_\_

<b>EKIPAMENDU MOTA / TIPO DE EQUIPAMIENTO</b>		
<b>EGOITZA / RESIDENCIAL</b>	<b>EGUNEKO ZAINITZA / DE ATENCION DIURNA</b>	
	<b>EGONALDI EGUNAK DIAS DE ESTANCIA</b>	<b>EGONALDI MOTA MODALIDAD DE ESTANCIA</b>
<input type="checkbox"/> <i>Etxebizitza komunitarioa/ Vivienda Comunitaria</i>	<input type="checkbox"/> Lanegunak/Laborables	<input type="checkbox"/> Egun osoa/ Jornada completa
<input type="checkbox"/> <i>Egoitza/Residencia</i>	<input type="checkbox"/> Asteburuak/Jaiegunak Fines de semana/Festivos	<input type="checkbox"/> Egun erdia/ Media jornada
<input type="checkbox"/> <i>Bestelakoa / Otro</i>	<input type="checkbox"/> Etengabea/Continua	<input type="checkbox"/> Ordukako zaintza/ Atención por horas
<b>LEKUAREN EZAUGARRIAK / CARACTERISTICAS DE LA PLAZA</b>		
<b>LOGELA / HABITACION</b>	<b>GURPILDUN AULKIA / SILLA RUEDAS</b>	
<input type="checkbox"/> Banakakoa / Individual <input type="checkbox"/> Bi lagunentzako / Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bai / Sí <input type="checkbox"/> Ez / No

**EKIPAMENDUAN SARTZEKO BALDINTZAK /  
REQUISITOS PARA EL ACCESO AL EQUIPAMIENTO:**

	<b>BAI/SI</b>	<b>EZ/NO</b>
Adina /Edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erroldatzea /Empadronamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona ezindu gisa baloratua / Está valorada como persona dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gai den persona gisa baloratua/ Está valorada como persona apta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ERANSTEN DIREN AGIRIAK / DOCUMENTACION ADJUNTA:**

- Eskaera orria sinatuta / Solicitud firmada.
- Baimen judiziala, gaitasungabetuta baldin badago / Autorización judicial en caso de incapacidad.
- Famili unitateko kide guztien Nortasun Agirien fotokopiak / Fotocopia del DNI de todos los miembros de la unidad familiar.
- Gizarte eta Famili Balorazioa / Valoración socio-familiar
- Bestelako agiriak / Otra documentación:

**Gizarte langilearen sinadura /  
Firma del /la T.S.**



**ESKAERA ORRIA / SOLICITUD**

1- *ESKATZAILEAREN IDENTIFIKAZIO DATUAK /*  
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Deiturak / Apellidos \_\_\_\_\_ Izena/Nombre \_\_\_\_\_

NA/D.N.I. \_\_\_\_\_ Sexua / Sexo \_\_\_\_\_ Jaioteguna / Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Telefonoa/k \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Posta kodea/Código Postal \_\_\_\_\_

Helbidea / Domicilio \_\_\_\_\_ Herria / Localidad \_\_\_\_\_

Legezko gaitasungabetzea / Incapacitación legal  
BAI/ SI  EZ/NO  Tramitatzen ari da/ En trámite

Harremanetarako pertsona / Persona de contacto \_\_\_\_\_

Telefonoa/k \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2- *LAGUNTZAILEAREN DATUAK /* DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE:

Deiturak/Apellidos \_\_\_\_\_ Izena/Nombre \_\_\_\_\_

NA / D.N.I. \_\_\_\_\_ Jaioteguna / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Logela berean sartzeko eskatzen du / Solicita ingreso en habitación común BAI/ SI  EZ/ NO

Eskatzailearekin duen harremana / Relación con la persona solicitante \_\_\_\_\_

Legezko gaitasungabetzea / Incapacitación legal:  
BAI/ SI  EZ/ NO  Tramitatzen ari da/ En trámite

3- *ESKATZAILAREN LEGEZKO ORDEZKARIAREN DATUAK*  
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA SOLICITANTE:

(Eskatzaileak legezko gaitasungabetzea onartuta duenean edo tramitatzen ari denean bakarrik betetzeko /  
Rellenar únicamente cuando la persona solicitante tenga reconocida o este en trámite de incapacidad legal)

Deiturak / Apellidos \_\_\_\_\_

Izena / Nombre \_\_\_\_\_ NA / D.N.I. \_\_\_\_\_

Telefonoa/k –Teléfonos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Posta kodea /Código Postal: \_\_\_\_\_

Helbidea / Domicilio \_\_\_\_\_

Herria / Localidad \_\_\_\_\_



4- LAGUNTZAILEAREN LEGEZKO ORDEZKARIAREN DATUAK

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE:

(Laguntzaileak legezko gaitasungabetzea onartuta duenean edo tramitatzen ari denean bakarrik betetzeko  
Rellenar únicamente cuando la persona acompañante tenga reconocida o este en trámite de Incapacidad legal)

Deiturak / Apellidos _____	Izena Nombre _____
NA /D.N.I. _____	Telefonoa /k _____ / _____
Helbidea / Domicilio _____	Posta kodea /Código Postal _____
Herria / Localidad _____	

5.- AUKERATUTAKO ZENTROAK, LEHENTASUN HURRENKERAREN ARABERA  
CENTRO/S QUE SOLICITA POR ORDEN DE PREFERENCIA:

HURRENKERA ORDEN	IZENEA / NOMBRE	HERRIA LOCALIDAD
1º		
2º		

NIRE ERANTZUKIZUNPEAN AITORTZEN DUT egiazkoak direla eskaera honetan azaltzen diren datuak eta Administrazioak egiazta ditzan ikertzeko baimena ematen dut.

Era berean, aurrerantzean gerta daitekeen edozein aldatetaren berri emateko dudaz obligazioaz jakinaren gainean geratzen naiz.

Eskaera honetan zuk emandako datuak informatikoki erabiliko dira, eta eskubidea duzu datuak lortzeko, zuzentzeko eta kentzeko, Datu Pertsonalak Babesteko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoak dioenaren arabera.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a la administración para comprobar la veracidad de los mismos.

Asimismo, quedo enterado/a de la obligación de comunicar cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

Los datos facilitados por usted van a ser tratados informáticamente, teniendo usted el derecho a su acceso, rectificación y cancelación, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Lekua eta data/ Lugar y fecha:

Sin./ Fdo:

Sin./ Fdo.:

Eskatzailea/Legezko ordezkaria  
Solicitante/ Representante legal:

Laguntzailea / Legezko ordezkaria:  
Acompañante/ Representante legal:





--	--	--	--	--	--	--

**2- FAMILI UNITATEAREN ONDAREA: EZKONTIDEA, SEME-ALABA ADINGABEAK ETA ADINEKO EZINDUAK**  
**PATRIMONIO UNIDAD FAMILIAR: CONYUGE, HIJOS MENORES A CARGO Y MAYORES INCAPACITADOS**

<i>Famili unitatea</i> <b>Unidad Familiar</b>	<b>KAPITAL HIGIKORRA / CAPITAL MOBILIARIO</b>					
	<i>Kontzeptua</i> <b>Concepto</b>	<i>Kontu korranteetarako ahiz epeetako gordailuak</i> <b>Depósitos en c/c y a plazo</b>	<i>Inbertsio fondoak</i> <b>Fondos de inversión</b>	<i>Pentsio fondoak</i> <b>Fondos de pensiones</b>	<i>Akzioak</i> <b>Acciones</b>	<i>Bestelakoak</i> <b>Otros</b>

<i>Famili unitatea</i> <b>Unidad Familiar</b>	<b>KAPITAL HIGIEZINA / CAPITAL INMOBILIARIO</b>	
	<i>Landa ondasunak</i> <b>Bienes de naturaleza rústica</b>	<i>Hiri ondasunak</i> <b>Bienes de naturaleza urbana</b>

<i>NIRE ERANTZUKIZUNPEAN AITORTZEN DUT egiazkoak direla eskaera honetan azaltzen diren datuak eta Administrazioak egiazta ditzan ikertzeko baimena ematen dut.</i>		DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a la administración para comprobar la veracidad de los mismos.
<i>Era berean, aurrerantzean gerta daitekeen edozein aldaketaren berri emateko dudak obligazioaz jakinaren gainean geratzen naiz</i>		Asimismo, quedo enterado/a de la obligación de comunicar cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

*Lekua eta data* /Lugar y fecha:

*Sin./Fdo:*  
*Eskatzailea/Legezko ordezkaria*  
Solicitante/Representante legal