



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



REGISTRO

Nº Expediente:

## SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (CREA) DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMERSO) EN SALAMANCA

### ADVERTENCIA IMPORTANTE

LA SOLICITUD DEBERÁ OBLIGATORIAMENTE CUMPLIMENTARSE EN TODOS SUS APARTADOS  
ANTES DE RELLENAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

|   |   |                          |   |                             |                |
|---|---|--------------------------|---|-----------------------------|----------------|
| PRIMER APELLIDO   |   | SEGUNDO APELLIDO         |   | NOMBRE                      |                |
| Nº NIF/NIE  |   |                          | Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL           |                             |                |
| FECHA DE NACIMIENTO   | SEXO<br>Hombre                      Mujer |                          | ESTADO CIVIL                                  |                             | NACIONALIDAD   |
| LUGAR DE NACIMIENTO: LOCALIDAD  |   | PROVINCIA                |   | PAÍS                        |                |
| DOMICILIO   |   |                          | Nº/Blq./Escal./Piso/Pta.                      |                             | CÓDIGO POSTAL  |
| LOCALIDAD   |   | PROVINCIA                |   | TELÉFONO FIJO               | TELÉFONO MÓVIL |
| CORREO ELECTRÓNICO  |   |                          |   |                             |                |
| TIPO DE DISCAPACIDAD  |   |                          | GRADO DE DISCAPACIDAD                         |                             |                |
| FECHA SOLICITUD O RECONOCIMIENTO  |   |                          | COMUNIDAD O CIUDAD AUTONÓMA DE RECONOCIMIENTO |                             |                |
| TIENE RECONOCIDA O SOLICITADA LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:<br><div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOLICITADA                      <input type="checkbox"/> RECONOCIDA         </div>       |   |                          |   |                             |                |
| EN CASO DE TENERLA RECONOCIDA: GRADO  |   | FECHA CALIFICACIÓN GRADO |   | COMUNIDAD DE RECONOCIMIENTO |                |
| PRESTACIÓN O SERVICIO:<br><div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOLICITADO                      <input type="checkbox"/> CONCEDIDO                      FECHA DE EFECTIVIDAD:         </div> |   |                          |   |                             |                |

EN CASO DE ESTAR ATENDIDO ACTUALMENTE EN ALGÚN CENTRO O SERVICIO, INDIQUE CUAL:

|                                      |  |                               |  |          |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|----------|
| NOMBRE                               |  | DIRECCIÓN DEL CENTRO/SERVICIO |  | TELÉFONO |
| PÚBLICO                      PRIVADO |  | FINANCIACIÓN:                 |  |          |

### 2. NOTIFICACIÓN

|  |  |                          |  |                |
|--|--|--------------------------|--|----------------|
| <b>Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del indicado en el apartado 1)</b> |  |                          |  |                |
| DOMICILIO  |  | Nº/Blq./Escal./Piso/Pta. |  | CÓDIGO POSTAL  |
| LOCALIDAD  |  | PROVINCIA                |  | TELÉFONO MÓVIL |
| TELÉFONO FIJO  |  |                          |  |                |
| <b>Si desea recibir avisos de las notificaciones, indique el medio</b>                           |  |                          |  |                |
| CORREO ELECTRÓNICO   |  |                          | DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº de móvil...) |                |

### 3. VINCULACIÓN DEL SOLICITANTE CON LA SEGURIDAD SOCIAL

|             |            |              |
|-------------|------------|--------------|
| PENSIONISTA | TRABAJADOR | BENEFICIARIO |
|-------------|------------|--------------|

### 4. TIPO DE PLAZA QUE SE SOLICITA

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| PROGRAMA RESIDENCIAL | ESTANCIA DIURNA |
|----------------------|-----------------|

**DECLARO** bajo mi responsabilidad\* que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imserso cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.

De acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque la siguiente casilla  y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma:

\* La declaración de este apartado se refiere exclusivamente al solicitante, no al representante o persona de contacto sin perjuicio de que la solicitud esté firmada por cualquiera de ellos. La ocultación o falsedad de los datos o informaciones, pueden ser consideradas motivo suficiente para el archivo del expediente o, en el supuesto de haber ingresado en un centro, la expulsión del mismo, previa resolución motivada por el órgano competente.

### 5. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O VOLUNTARIO

(Cumplimentar solo cuando la solicitud se formule por persona distinta a la solicitante)

|                                     |  |                    |               |
|-------------------------------------|--|--------------------|---------------|
| PRIMER APELLIDO                     | SEGUNDO APELLIDO                                 | NOMBRE             | Nº NIF/NIE    |
| FECHA DE NACIMIENTO                 | SEXO<br>Hombre                      Mujer        | NACIONALIDAD       | ESTADO CIVIL  |
| DOMICILIO                           | Nº /Blq / Escal / Piso / Pta                     |                    | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD                           | PROVINCIA  | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO      |
| RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE | PODER NOTARIAL O REPRESENTACIÓN. Nº DE PROTOCOLO |                    |               |

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imserso cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.

De acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque la siguiente casilla  y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma:

### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos facilitados serán tratados informáticamente y que no podrán utilizarse con fines distintos a la gestión de esta solicitud, en aplicación de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Serán incluidos en un fichero del que es titular el CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (CREA). El CREA utilizará los datos de carácter personal facilitados para prestarle el servicio solicitado y desarrollar la gestión administrativa derivada del mismo sobre la base del ejercicio de poderes públicos (artículo 16 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia). Además podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición dirigiéndose al CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (CREA), c/Cordel de Merinas, 117 c/v a c/Río Mondego, s/n. 37008 Salamanca, como órgano responsable del tratamiento.

**SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DEL IMSERSO**

# INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN

ESCRIBA CON CLARIDAD PARA EVITAR ERRORES DE INTERPRETACIÓN, A SER POSIBLE EN ORDENADOR O CON LETRAS MAYÚSCULAS

## 1. Datos de la persona solicitante

- **Datos identificativos del solicitante:** debe cumplimentar todos los apartados referidos a la identidad de la persona solicitante.
- **Datos relativos a la situación de discapacidad del solicitante:** debe cumplimentar todas las casillas de este apartado en el caso de que el solicitante tenga reconocido algún tipo de discapacidad.
- **Datos relativos a la situación de Dependencia del solicitante:** debe cumplimentar todas las casillas de este apartado en el caso de que el solicitante tenga reconocido algún grado de Dependencia; en caso contrario debe dejar este apartado en blanco.
- **Si se encuentra atendido actualmente en centro o servicio:** marque con una "X" si es público o privado. Si es privado insigne si el centro o servicio cuenta con financiación pública, a través de concierto público u otra financiación.

## 2. Notificación

En este apartado indique, por un lado, el domicilio a efectos de notificaciones solo si es distinto del indicado en el apartado 1 y, por otro, su correo electrónico o nº de teléfono móvil si desea recibir avisos de las notificaciones.

## 3. Vinculación del solicitante con la Seguridad Social

Marque con una X la casilla que corresponda a su situación respecto a la Seguridad Social.

## 4. Tipo de plaza que se solicita

Señale con una "X" la modalidad elegida.

## 5. Datos del representante legal o voluntario

Este apartado solo deberá cumplimentarse en caso de que la persona solicitante no pueda hacerlo por sí mismo. Los datos a cumplimentar en este apartado serán los del representante legal o, en su caso, los del representante voluntario.

### DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A LA SOLICITUD, EN EL SUPUESTO DE QUE SE OPONGA A QUE EL IMSERSO CONSULTE U OBTENGA DATOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

En el supuesto de que la persona solicitante, su representante o alguna de las personas integrantes de la unidad familiar se opongan a que el Imsero consulte por medios electrónicos los datos consignados en la solicitud o de los documentos precisos para su resolución, deberá aportar, en su caso, la siguiente documentación:

|  |  |  |
|--|--|--|
| • Copia del DNI/NIE del solicitante  | • Copia del DNI/NIE del representante legal o voluntario   | • En caso de representante legal, documento acreditativo         |
| • Copia tarjeta Seguridad Social   | • Copia Certificado de Discapacidad, en caso de que lo tenga reconocido  | • Copia Grado de Dependencia, en caso de que la tenga reconocida |
| • Copia del servicio o prestación de Dependencia, en caso de que la tenga reconocida | • Informe Médico de Atención Primaria donde se especifique que no padece enfermedad transmisible en fase activa y que no necesita atención médica cualificada de forma continuada en instituciones hospitalarias |  |
| • Informe Médico donde conste el diagnóstico de demencia                             | • Informe Social   |  |

Para más información sobre este centro, consulte su [página web](#).