



Model 1

SOL·LICITUD INDIVIDUAL

Dades de la persona usuària: *Obligatori omplir totes les dades.*

Cognoms i nom:	Sexe: <input type="checkbox"/> HOME <input type="checkbox"/> DONA
Adreça:	Codi postal:
Població:	Telèfon:
Edat: DNI:	Correu Electrònic:

Nom del pare, mare o tutor:

Digueu el nom i tipus de centre que assistiu (CD, SAIAR, CAE, STO, STO-A, SOI, CET,...)

Adreça:	Codi postal:
Població:	Telèfon:

TIPOLOGIA DE DISCAPACITAT (Marqueu amb una X)	Grau de discapacitat:		Barem Mobilitat reduïda		Barem d'Acompanyament (Si o No)
	≥ 33% i < 65%	≥ 65%	Amb cadira de Rodes	Sense cadira de Rodes	
Sense discapacitat					
Discapacitat física					
Discapacitat intel·lectual					
Discapacitat sensorial					
Malaltia mental					
Pluridiscapacitat					
Altres:					
Certificat de discapacitat:	Si	No			

Sol·licito un ajut de desplaçament amb transport adaptat:

A	Per a la utilització de transports públics existents	
B	Per a la utilització de vehicle propi	

És obligatori omplir totes les caselles de l'opció marcada abans:

1. utilització de transports públics existents

Tipus de transport públic	
Recorregut (municipi sortida/municipi arribada):	
Horari (sortida casa-arribada al centre / sortida centre-arribada a casa)	
Enumerar dies de la setmana d'assistència al centre:	
Cost diari o mensual del bitllet (pressupost):	



2. utilització de vehicle propi

Marca i model del vehicle:	
Recorregut (municipi sortida/municipi arribada):	
Horari (sortida casa-arribada al centre / sortida centre-arribada a casa):	
Especificar total de Km/dia:	
Enumerar dies de la setmana d'assistència al centre:	
Cost diari o mensual del viatge (pressupost aprox.):	
Nom i cognoms conductor/a del vehicle:	

i faig constar que:

- Percebo altres ajuts i/o beques en concepte de transport adaptat:

	Quantia total anual	Administració o entitat concedent
<input type="checkbox"/> Sí		
<input type="checkbox"/> No	-	-

- El nombre de membres de la unitat familiar és de:
- Que els ingressos anuals de la unitat familiar són de: €

Declaro que són certes totes les dades aportades, i per tot això, sol·licito l'esmentat ajut de desplaçament amb transport adaptat.

....., de/d'de 2018

(signatura de l'usuari/a o dels pares o dels tutors legals)

Juntament amb la present sol·licitud cal adjuntar la següent documentació:

1. Certificat d'invalidesa o disminució que sigui causa de la manca de mobilitat o bé reconeixement de grau de Dependència.
2. Certificat d'empadronament (**només en el cas que hi concorri per primera vegada o bé hagi canviat de domicili**)
3. Si s'escau, es valorarà l'aportació de l'informe social, emès pels serveis socials
4. Fitxa de creditor
5. Fotocòpia del DNI

PRESIDENT DEL CONSELL COMARCAL DE L'ALT EMPORDÀ

D'acord amb l'establert a l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que consigneu en aquest document constaran en un fitxer propietat del Consell Comarcal de l'Alt Empordà amb la finalitat de gestionar, prestar els serveis sol·licitats i els propis del Consell.

Vostè autoritza expressament i dóna el seu consentiment al Consell Comarcal de l'Alt Empordà per tractar les seves dades d'acord amb els serveis esmentats.

Podreu revocar el consentiment atorgat en qualsevol moment, així com exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, adreçant-vos al Consell Comarcal de l'Alt Empordà.