

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

Ficha de inscripción privada para interesados para el Programa de Respiro Familiar:

1. DATOS DEL SOLICITANTE

- Nombre completo: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- DNI/NIE: _____
- Domicilio: _____
 - Municipio: _____ Provincia: _____
 - Código postal: _____
- Teléfono de contacto: _____
- Correo electrónico: _____
- Diagnostico o situación específica (breve descripción): _____
- Grado de Discapacidad: _____
- Grado de Dependencia: _____

2. DATOS DEL FAMILIAR BENEFICIARIO DEL PROGRAMA

- Nombre completo: _____
- Parentesco con el solicitante: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- DNI/NIE: _____

3. NECESIDADES Y PREFERENCIAS

- ¿Cuál es el objetivo principal del servicio de respiro?
 - ☐ Acompañamiento circunstancial y actividades puntuales de ocio en horario diurno, en tiempo libre o periodos vacaciones.
 - ☐ Asistencia en establecimiento externo no sociosanitario.

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

- No entran los servicios de : ☐ Transporte ☐ Alimentación

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se le informa que los datos facilitados en el presente escrito de consentimiento informado se tratarán de conformidad con el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Tratamiento

PROGRAMA DE COLABORACIÓN ECONÓMICA MUNICIPAL DEL SERVICIO RESPIRO FAMILIAR A PERSONAS CUIDADORAS HABITUALES NO PROFESIONALES EN ENTIDADES LOCALES DE EXTREMADURA 2025.

Responsable del tratamiento

La persona titular de la entidad local gestora del Servicio Social de Atención Social Básico "Mancomunidad de Municipios Sierra de Gata 037" Dirección: C/ Mayor Nº 3, C.P 10.850 Hoyos (Cáceres)

Teléfono de contacto: 927.51.45.83

Dirección de correo electrónico: mancomunidad@sierradegata.es

Delegado de Protección de Datos:

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

Finalidad

En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Personales (RGPD), sus datos serán tratados para las siguientes finalidades:

Tratamiento de los datos personales de las personas usuarias de los servicios sociales, en concreto, para atender las peticiones de acceso al Programa de Respiro Familiar. Tramitación del expediente administrativo abierto para la valoración y derivación de las personas destinatarias de la ayuda del citado programa, para la adopción de medidas de acompañamiento de estas personas, así como el seguimiento y supervisión de las personas reconocidas como destinatarias de esta ayuda, y a ser tratados por organismos de auditoría e investigación de la Unión y del Estado.

Legitimación

El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento (art. 6.1 e) RGPD) y con consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos (art. 6.1 a) RGPD).

Destinatarios

Los datos personales facilitados en este formulario, en su caso y exclusivamente para operaciones relacionadas con la finalidad antes indicada, podrán comunicarse a:

Cauria Neuro como Asociación adjudicataria para la ejecución del Programa de Colaboración Económica Municipal del servicio respiro familiar a personas cuidadoras habituales no profesionales en entidades locales de Extremadura 2025.

Asimismo, a efectos estadísticos o de coordinación, se comunicarán datos personales en el ejercicio de una obligación legal a la Consejería de Salud y Servicios Sociales, a través de la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia, y al Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, en el ejercicio de respectivas competencias legales.

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

Derechos

De acceso, rectificación, supresión y el resto de los derechos que se explican en la información adicional. Estos derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, podrán ejercerse conforme a la guía o manual publicado en _____ 2

Información adicional

Pueden consultar la información adicional y detallada de la información y de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.aepd.es>

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

CONOCIENDO A TU HIJO/A:

Preferencias y gustos:

- Actividades favoritas de su hijo/a:
- Manualidades (especifique):
- ¿Le gusta la Música? ¿Qué canciones le gustan, le relajan, etc.?
- ¿Le gusta bailar? ¿Que le gusta?

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

CONOCIENDO A TU HIJO/A:

Preferencias y gustos:

- Actividades favoritas de su hijo/a:
- Manualidades (especifique):
- ¿Le gusta la Música? ¿Qué canciones le gustan, le relajan, etc.?
- ¿Le gusta bailar? ¿Que le gusta?
- ¿Le gusta hacer Juegos o estar al aire libre?: Sí / No
- ¿Le gusta salir fuera a la calle a pasear? Si/No
- Otros (especifique):

Alimentos preferidos o favoritos:

- Desayunos:
- Snacks:
- Bebidas favoritas:
- Hay alguna actividad que no disfrute o que prefiera evitar?
- Sí / No (especifique):

- Alergias y salud
- ¿Tiene alguna alergia?

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

CONOCIENDO A TU HIJO/A:

Alergias y salud:

- ¿Tiene alguna **alergia**?
- Alimentaria (especifique):
- Ambiental (especifique):
- A medicamentos (especifique):
- Otro tipo de alergias:
- ¿Padece alguna condición médica o necesita medicación regular?
- Sí / No
- Si la respuesta es sí, especifique:

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

CONOCIENDO A TU HIJO/A:

Alergias y salud:

- Indique cualquier tratamiento o cuidado especial que necesitemos saber:
- En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar (si es distinto del contacto principal)?
- Nombre: _____
- Teléfono: _____

Comportamiento y socialización:

- ¿Cómo describiría la personalidad de su hijo/a?
- Extrovertido
- Introvertido
- Tranquilo
- Activo
- Otros (especifique):
- ¿Cómo se lleva con otros niños?
- Muy bien
- Bien
- Regular
- Prefiere estar solo/a

FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA RESPIRO FAMILIAR

CONOCIENDO A TU HIJO/A:

- ¿Hay algo importante sobre su comportamiento o necesidades sociales que deberíamos saber?
- Otros detalles importantes
- ¿Hay algo más que desee compartir con nosotros sobre su hijo/a?

Autorización para fotografías:

- ¿Autoriza que se tomen fotos de su hijo/a durante las actividades del campamento?
- Sí / No
- Firma del padre/madre/tutor: _____
- Fecha: _____

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN FAMILIAR

Para el Programa de Respiro Familiar, basado en la normativa establecida en la resolución del 26 de agosto de 2024.

DECLARACIÓN

Yo, _____, con DNI/NIE _____, en calidad de solicitante o familiar del Programa de Respiro Familiar, y bajo mi entera responsabilidad:

DECLARO:

Mi situación familiar actual es la siguiente:

Número de miembros de la unidad familiar: _____

Composición de la unidad familiar:

- Nombre: _____ Parentesco: _____
- Nombre: _____ Parentesco: _____
- Nombre: _____ Parentesco: _____
- Nombre: _____ Parentesco: _____
- Nombre: _____ Parentesco: _____

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN FAMILIAR

Persona beneficiaria del servicio:

- Nombre completo: _____
- Parentesco con el declarante: _____
- Situación actual de dependencia/discapacidad/salud:(Breve descripción del estado de salud o circunstancias del beneficiario)
- Motivo por el que solicito el Programa de Respiro Familiar:
 - ☐ Sobrecarga por cuidado continuo del beneficiario.
 - ☐ Imposibilidad temporal de atención por causas personales, laborales o de salud.
 - ☐ Necesidad de apoyo puntual para descanso o emergencia.
 - ☐ Conciliación familiar.
 - Otros: _____

Compromiso de utilización del servicio:

Me comprometo a hacer un uso adecuado del Programa de Respiro Familiar y a notificar cualquier cambio en las circunstancias familiares que pudiera afectar a la prestación del servicio.

MANIFESTACIÓN LEGAL

Conozco y acepto las condiciones del Programa de Respiro Familiar, y certifico que la información proporcionada en esta declaración es veraz y completa. Asimismo, me comprometo a facilitar cualquier documentación adicional requerida por la administración competente.

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN FAMILIAR

PROTECCIÓN DE DATOS:

Los datos personales recogidos serán tratados por Cauria Neuro de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD), y demás normativa vigente en materia de protección de datos personales. La finalidad del tratamiento es la gestión, organización y desarrollo del Programa de Respiro Familiar, así como las comunicaciones necesarias derivadas del mismo.

Los datos no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal o necesidad vinculada a la ejecución del programa. Los interesados podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad dirigiéndose a Cauria Neuro, en la dirección o correo electrónico habilitado a tal efecto.

AUTORIZACION DE GRABACIONES Y TOMA DE FOTOGRAFIAS:

Asimismo, el participante (o su representante legal, en su caso) autoriza expresamente a Cauria Neuro a tomar fotografías y realizar grabaciones de vídeo durante el desarrollo de las actividades del programa, únicamente con fines documentales y de justificación de la memoria final del proyecto. Estas imágenes y grabaciones no serán utilizadas con fines publicitarios, ni difundidas públicamente sin un consentimiento adicional.

Los datos personales y las imágenes recogidas serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad mencionada y las obligaciones legales derivadas, siendo posteriormente suprimidos de acuerdo con la normativa vigente.

Las personas interesadas podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad dirigiéndose a Cauria Neuro, en la dirección o correo electrónico habilitado a tal efecto.

FIRMA Y FECHA:

Lugar y fecha: _____

Firma del declarante: _____