

ORDEN de 13 de mayo de 2005, de modificación de las de 6 y 7 de mayo de 2002, por la que se regula el acceso, el funcionamiento y la financiación de los programas de estancia diurna y respiro familiar.

El Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, modificado por los Decretos 18/2003, de 4 de febrero y 7/2004, de 20 de enero, establece un conjunto de medidas a favor de las personas con discapacidad, como son los programas de estancia diurna y respiro familiar al objeto de facilitar la atención integral de las personas en situación de dependencia por sus familiares.

En desarrollo del citado Decreto se dictan las Ordenes de 6 y 7 de mayo de 2002, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se regulan el acceso y el funcionamiento de estos programas por una parte, y la financiación de los mismos, por otra.

La última modificación del Plan de Familia, ha tenido lugar en virtud del Decreto 66/2005, de 8 de marzo, de ampliación y adaptación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas, disponiendo, entre otras medidas, la extensión del programa de respiro familiar a personas con discapacidad menores de dieciséis años, dadas las necesidades de apoyo que presentan también las familias con hijos e hijas con discapacidad menores de esta edad.

Lo anterior hace necesario modificar en este aspecto, tanto la Orden de 6 de mayo de 2002, que regula el acceso y funcionamiento de los programas de estancia diurna y de respiro familiar, como la Orden de 7 de mayo de 2002, por la que se regula la financiación de estos programas. En este sentido, debe omitirse en ambas la referencia al límite mínimo de dieciséis años, en lo que respecta al respiro familiar. Asimismo, se aprueba un nuevo modelo de solicitud adaptado a las modificaciones introducidas por la Orden.

En su virtud, en uso de las facultades conferidas por la disposición final tercera del citado Decreto 66/2005, de 8 de marzo, y a propuesta de la Directora General de Personas con Discapacidad,

DISPONGO

Artículo 1. Modificación de la Orden de 6 de mayo de 2002.

Se modifica la Orden de 6 de mayo de 2002, por la que se regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar, en los términos que a continuación se expresan:

1. Se modifica el artículo 4, que quedará redactado en los siguientes términos:

«Los programas previstos en esta Orden estarán destinados a personas mayores de sesenta y cinco años, y a personas con discapacidad mayores de dieciséis años y menores de sesenta y cinco, que se encuentren en situación de depen-

dencia. En el caso de respiro familiar, no se tendrá en cuenta el mínimo de los dieciséis años.»

2. Se modifica la letra a) del apartado 1 del artículo 5, que queda con la siguiente redacción:

«a) Ser titular de la Tarjeta Andalucía-Junta sesentaycinco o en el caso de personas menores de sesenta y cinco años, estar afectado por una discapacidad, y encontrarse en situación de dependencia.»

2. Se modifica la letra a) del artículo 14, que queda con la siguiente redacción:

«a) Fotocopia de la Tarjeta Andalucía-Junta sesentaycinco o, en el supuesto de personas menores de sesenta y cinco años, fotocopia de su DNI/NIF y, en su caso, del de su representante legal.»

4. Se modifica el primer párrafo de la letra d) del artículo 14, que quedará redactado en los siguientes términos:

«d) En el caso de solicitantes menores de sesenta y cinco años, para acreditar la situación de dependencia deberá acompañarse alguno de los siguientes documentos:»

Artículo 2. Modificación de la Orden de 7 de mayo de 2002.

Se modifica el artículo 1 de la citada Orden, que queda con la siguiente redacción:

«La presente Orden tiene por objeto regular la financiación de los programas de estancia diurna y respiro familiar para personas mayores y personas con discapacidad mayores de dieciséis años y menores de sesenta y cinco, en situación de dependencia. En el caso de respiro familiar, no se tendrá en cuenta el mínimo de los dieciséis años.»

Artículo 3. Modelo de solicitud.

Se aprueba un nuevo modelo para la formalización de solicitudes de admisión en los programas de estancia diurna y respiro familiar que figura como Anexo de la presente Orden.

Disposición final primera. Medidas de ejecución.

Se autoriza a la Directora General de Personas con Discapacidad para dictar las instrucciones y medidas necesarias para la ejecución de la presente Orden.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 13 de mayo de 2005

MICAELA NAVARRO GARZON
Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

SOLICITUD

ADMISIÓN EN PROGRAMA DE:

ESTANCIA DIURNA **RESPIRO FAMILIAR** (Solicitar sólo uno de los dos Programas)

Orden de _____ (BOJA n° _____ de fecha _____)

PROVINCIA: _____

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE
1º. APELLIDO: _____ 2º. APELLIDO: _____ NOMBRE: _____	
D.N.I./N.I.F.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____	
DOMICILIO: _____	
MUNICIPIO: _____ PROVINCIA: _____ C. P.: _____ TELÉFONO/S: _____	
PERSONA CON DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ en su caso GRADO DE MINUSVALÍA: _____ PROVINCIA DONDE SE OBTUVO: _____	
¿ES USUARIO/A DEL PROGRAMA DE ESTANCIA DIURNA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (Cumplimentar sólo si ha solicitado el Programa Respiro Familiar)	

2	DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL
1º. APELLIDO: _____ 2º. APELLIDO: _____ NOMBRE: _____	
D.N.I./N.I.F.: _____ RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE: _____	
DOMICILIO: _____	
MUNICIPIO: _____ PROVINCIA: _____ C. P.: _____ TELÉFONO/S: _____	

3	CENTRO SOLICITADO

4	MOTIVOS DE LA SOLICITUD

5	DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR (U. F.)						
5.1 Datos Económicos							
Nº MIEMBROS U. F.: _____ TOTAL INGRESOS BRUTOS DEL ÚLTIMO AÑO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA U. F.: _____ €							
5.1.1 Ingresos económicos del/de la solicitante (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe: tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año, etc.)							
5.1.2 Ingresos económicos de los miembros de la unidad familiar (Indicar las pensiones e ingresos económicos que percibe cada uno de los miembros de la unidad familiar, indicando apellidos y nombre: tipo, cuantía mensual, nº de pagas extraordinarias al año, etc.)							
<table border="1"> <tr> <td>- ó < 1 S.M.I.</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>> 1 ó < 2 S.M.I.</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td> </td> </tr> </table>		- ó < 1 S.M.I.		> 1 ó < 2 S.M.I.		Otros	
- ó < 1 S.M.I.							
> 1 ó < 2 S.M.I.							
Otros							
5.2 Otros Datos							
5.2.1 ¿Trabaja el/la ciudador/a principal?							
5.2.2 Estado de salud y edad del/de la ciudador/a principal							
5.2.3 Relación de parentesco del/de la solicitante con el/la ciudador/a principal							
5.2.4 Otros miembros de la unidad familiar en situación de dependencia							
5.2.5 Otras circunstancias							

SR/A. DIRECTOR/A DEL CENTRO _____

NOTA: Los espacios con fondo gris están reservados para la Administración.

000790/1

6 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)

a) Tarjeta Andalucía-Junta Sesentaycinco. En el supuesto de personas menores de sesenta y cinco, D.N.I./N.I.F. del/de la solicitante.

b) D.N.I./N.I.F. del/de la representante legal, en su caso.

c) Certificado de empadronamiento de la Unidad familiar.

d) Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas de todos los miembros de la Unidad Familiar, referida al periodo impositivo inmediatamente anterior, con plazo de presentación vencido, a la fecha de la solicitud. En caso de quienes no estuvieran obligados a presentarla, Certificado de retenciones de rendimientos percibidos, o, en su defecto, declaración responsable de ingresos.

e) En caso de menores de sesenta y cinco, acreditar la situación de dependencia. Presentar alguno de los siguientes documentos:

- Resolución del reconocimiento del grado de minusvalía.
- Justificante de percepción de pensión de Gran Invalidez.
- Justificante de percepción del complemento del 50% en pensiones no contributivas por invalidez.
- Justificante de percepción del subsidio por Ayuda de tercera persona derivado de la LISMI.

f) Informe médico anexo a la solicitud.

7 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se adjunta. La falsedad de los datos declarados o de la documentación aportada para la acreditación de las circunstancias determinantes de los criterios de valoración conllevará la exclusión de la solicitud o del programa, sin perjuicio de la exigencia de las responsabilidades de otro orden en que se hubiera podido incurrir, y **SOLICITO** lo interesado.

En a de de

EL / LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

8 AUTORIZACIÓN

1.- AUTORIZO la comunicación de datos de carácter personal a otros Órganos, Administraciones Públicas o Entidades Colaboradoras, para el ejercicio de competencias que versen sobre materias propias o distintas a las a que se refiere la presente solicitud.

2.- AUTORIZO el suministro de datos de carácter tributario a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social o Entidades Colaboradoras, a los efectos de comprobación de los datos y/o requisitos que resulten exigibles al amparo de la Orden por la que se regula el acceso y funcionamiento de los Programas de Estancias Diurnas y Respiro Familiar.

Solicitante **Firma**

Miembros Unidad Familiar:

Apellidos y Nombre	D.N.I./N.I.F.	Edad	Parentesco
.....
.....
.....

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el ingreso en Centro de atención a personas mayores o personas con discapacidad.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que tramitó la solicitud.

000790/1

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

INFORME MÉDICO ANEXO A LA SOLICITUD

(A cumplimentar por el/la médico/a de Atención Primaria o Especializada que atiende a el/la solicitante)

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE
1º. APELLIDO: 2º. APELLIDO: NOMBRE:	
D.N.I./N.I.F.:	

2	VALORACIÓN MÉDICA								
2.1.- ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA									
Comer	<table border="0"> <tr> <td>Aútonomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>Dependiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Aútonomo	Con ayuda	Dependiente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aútonomo	Con ayuda	Dependiente							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Vestirse/desvestirse	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Baño	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Uso del WC	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Higiene personal	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Control Anal	<table border="0"> <tr> <td>Ningún problema</td> <td>Algún accidente</td> <td>Incontinente</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Ningún problema	Algún accidente	Incontinente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ningún problema	Algún accidente	Incontinente							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Control Vesical	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Caminar	<table border="0"> <tr> <td>Aútonomo</td> <td>Con ayuda</td> <td><input type="checkbox"/> Silla de ruedas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Encamado</td> <td></td> </tr> </table>	Aútonomo	Con ayuda	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Encamado	
Aútonomo	Con ayuda	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Encamado							
Subir/bajar escaleras	<table border="0"> <tr> <td>Aútonomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>No puede</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Aútonomo	Con ayuda	No puede		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aútonomo	Con ayuda	No puede							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Transferencia silla-cama	<table border="0"> <tr> <td>Aútonomo</td> <td>Con ayuda</td> <td>Dependiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Aútonomo	Con ayuda	Dependiente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aútonomo	Con ayuda	Dependiente							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2.2.- FUNCIONES SUPERIORES; ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL									
2.2.1 Orientación									
<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Ocasionalmente Desorientado <input type="checkbox"/> Totalmente Desorientado									
2.2.2 Comunicación y Lenguaje (no relacionado con alteraciones de la audición)									
<input type="checkbox"/> Comunicación espontánea <input type="checkbox"/> Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje <input type="checkbox"/> Afasia Total									
2.2.3 Comportamiento Psíquico									
<input type="checkbox"/> No presenta problemas de comportamiento <input type="checkbox"/> Trastornos del comportamiento sin riesgo (leves - moderados)									
<input type="checkbox"/> Trastornos del comportamiento con riesgo (para sí mismo o los demás) o diagnóstico de DEMENCIA									
2.3.- OTRAS MINUSVALÍAS NO RELACIONADAS CON LAS ANTERIORES (sensoriales, físicas, etc.)									
.....									
.....									
2.4.- CUIDADOS ESPECIALES QUE PRECISA									
(Indicar si precisa sonda, insulino terapia, oxigenoterapia, ayuda para colocación de prótesis, etc.)									
.....									
.....									
2.5.- DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO									
.....									
.....									
2.6.- OBSERVACIONES									
.....									
.....									
En a de de									
EL / LA PROFESIONAL									
Fdo.: (Nombre y dos apellidos)									
Nº de colegiado/a (en su caso):									

000790/1

NOTA: Los espacios con fondo gris están reservados para la Administración.