

# APÚNTATE A VIAJAR 2010

## Solicitante

Primer apellido \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Población \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
 Tipo de minusvalía (especificarla) \_\_\_\_\_  
 Grado de minusvalía \_\_\_\_\_

## Acompañante necesario

(Sólo en caso de precisar ayuda de tercera persona)

Primer apellido \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Relación con el solicitante \_\_\_\_\_  
 (familiar, amigo, etc.) \_\_\_\_\_

## Acompañante

Primer apellido \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Relación con el solicitante \_\_\_\_\_  
 (familiar, amigo, etc.) \_\_\_\_\_

## Situación económica

Marcar

Trabaja SI  NO   
 En que tipo de Empresa:  
 Ordinaria  
 Centro especial de empleo  
 Autónomo  
 Cobra algún tipo de pensión SI  NO   
 ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
 Nivel económico 1  2  3  4

## Tipo de discapacidad

Marcar

Utiliza silla de ruedas SI  NO  DEPENDE   
 MANUAL  DE MOTOR   
 Utiliza bastones SI  NO  UNO  DOS   
 Puede subir escaleras SI  NO  CON AYUDA   
 Necesita ayuda para el W.C. SI  NO  DEPENDE   
 Necesita ayuda para bañarse SI  NO  DEPENDE   
 Necesita ayuda para vestirse SI  NO  DEPENDE   
 Necesita ayuda para comer SI  NO  DEPENDE   
 Necesita ayuda durante la noche SI  NO  DEPENDE   
 Tiene afectado el habla SI  NO   
 Tiene afectado el oído SI  NO   
 Tiene afectada la vista SI  NO   
 Tiene incontinencia de orina SI  NO   
 Usa sonda SI  NO   
 ¿Algún tipo de alimentación especial? SI  NO   
 ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
 Tiene algún tipo de medicación SI  NO   
 ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
 Padece algún tipo de mareo SI  NO   
 Ha padecido o padece alguna Enfermedad infecto-contagiosa SI  NO   
 Necesita generalmente los servicios del ATS SI  NO

## Participación en programas anteriores

¿Anteriormente has participado en estos programas de vacaciones?  
 SI  NO   
 ¿Dónde? \_\_\_\_\_

## Otras observaciones

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Grupos

Indica 1, 2 ó 3, según el orden de preferencia

### Benidorm

- GRUPO: 1º del 1 al 15 de mayo
- GRUPO: 2º del 19 de junio al 3 de julio
- GRUPO: 3º del 14 al 28 de agosto
- GRUPO: 4º del 16 al 30 de octubre

### Salou

- GRUPO: 1º del 29 de mayo al 12 de junio
- GRUPO: 2º del 10 al 24 de julio

### Galicia

- Del 20 al 29 de septiembre

Rellena esta solicitud con tus datos personales y los de tu acompañante o acompañantes y envía a ser posible, **antes del día 20 de abril:**

Paseo de Ondarreta 5, bajo • 20018 Donostia - San Sebastián  
 teléfono: 943 31 67 70 • fax: 943 31 63 79 • elkartu@elkartu.org

Con la solicitud **deberás adjuntar:**

- Fotocopia del Certificado de Minusvalía
- Fotocopia del justificante de ingresos personales (Declaración de renta, justificante de pensión, subsidios, etc.).

**NOTA:** Si el número de peticiones fuera superior a las plazas disponibles, se realizará un sorteo entre todas las solicitudes seleccionadas.