Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

IMAS instituto murciano de acción social
Dirección General de Personas Mayores

Tel: 012/968 362000
Código Guía Servicios: 0857

SOLICITUD DE TRASLADO DE PLAZAS PÚBLICAS ENTRE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

(MUY IMPORTANTE: Lea las instrucciones al dorso antes de rellenar)

DATOS PERSONALES DEL/LOS SOLICITANTE/S:

A	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO:	LOCALIDAD DE NACIMIENTO:	PROVINCIA DE NACIMIENTO:	D.N.I.:
B	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO:	LOCALIDAD DE NACIMIENTO:	PROVINCIA DE NACIMIENTO:	D.N.I.:

SI CONCURRE ENFERMEDAD FÍSICA O PSÍQUICA QUE LE/S IMPIDA TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES, FIRMARÁ SU REPRESENTANTE LEGAL, CUYOS DATOS SON:

APELLIDOS:	NOMBRE:	D.N.I.:	TELÉFONO:
DOMICILIO (Calle, plaza, número):	LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:

NOMBRE Y DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES:

APELLIDOS:	NOMBRE:		TELÉFONO:
DOMICILIO (Calle, plaza, número):	LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:

CENTRO EN EL QUE RESIDE/N:

DENOMINACIÓN:	LOCALIDAD:

RESIDENCIA QUE SOLICITA/N:

RESIDENCIA:	LOCALIDAD:

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

☐ RAZONES DE SALUD	☐ REAGRUPAMIENTO FAMILIAR	☐ FALLECIMIENTO EN EL CENTRO DE FAMILIAR-ACOMPAÑANTE	☐ OTROS: ....

En_____,a_____de_____de_____

Firma del solicitante (A) Fdo. El Representante Legal, en su caso Firma del solicitante (B)

DILIGENCIA: Siendo las _____horas del día de la fecha, ante el funcionario que suscribe,**COMPARECE/N:** El/Los arriba reseñados, quien/es expresan verbalmente su voluntad de solicitar su traslado de Centro Residencial de la Administración, en los términos indicados anteriormente, y que por incapacidad física o cultural no puede/n estampar su firma.

De lo que doy fe en _____, a_____de_____de_____

Firma del funcionario: Fdo.:_____Cargo y/o puesto de trabajo: _____

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LASOLICITUD DE TRASLADO DE PLAZAS PÚBLICASENTRE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

1.- Se consideran como solicitantes a todas las personas que desean su traslado a algún Centro. Deben firmar la solicitud cada una de ellas, o su representante legal, debidamente acreditado (tutor, persona designada por el Juez, persona autorizada ante notario, etc.).

2.- Cuando el/los solicitante/s no pueda/n firmar y exprese/n con claridad su voluntariedad para el traslado, el funcionario que reciba la solicitud deberá rellenar la diligencia que figura al pie de la misma.

3.- Si el tipo de plaza que ocupa actualmente no fuera adecuada , deberá/n reclamar el cambio antes de solicitar el traslado.

4.- En el apartado "MOTIVO DE LA SOLICITUD", corresponde al/los interesado/s la acreditación de las circunstancias que sean valorables según el baremo de traslados (Anexo 3 del Decreto 60/2002 de 22 de febrero), debiendo aportar junto a la solicitud los documentos correspondientes y en los siguientes casos:

   a) Si ha/n marcado "Razones de Salud", un Informe Médico.
   b) Si ha/n marcado "Reagrupamiento Familiar", "Fallecimiento en el Centro de Familiar-Acompañante" u "Otros", no siendo éste último por *antigüedad*, un Informe Social.

   El/los interesado/s podrá/n requerir a la Dirección del Centro en que reside/n a fin de que se le/s expida/n los informes técnicos por personal adscrito a la misma.

5.- Las solicitudes de traslado tendrán una vigencia de un año desde su inclusión en la lista de reserva de plazas. Antes de finalizar dicho plazo sin que se le haya adjudicado la plaza solicitada, deberá reiterar su solicitud.

INFORMACIÓN DE LOS PERIODOS DE ESTANCIA DEL/OS SOLICITANTE/S COMO RESIDENTE/S EN PLAZA PÚBLICA:

D./Dª.:		
Fecha de ingreso en el **Centro Residencial Actual**		...../...../.....
Periodos de Estancia en otros Centros Residenciales:		
Residencia:	Fecha de ingreso:	Fecha de salida:
	...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....	...../...../.....

D./Dª.:		
Fecha de ingreso en el **Centro Residencial Actual**		...../...../.....
Periodos de Estancia en otros Centros Residenciales:		
Residencia:	Fecha de ingreso:	Fecha de salida:
	...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....	...../...../.....

En_____a_____de_____de_____

Fdo.:_____

INFORME SOCIAL

Para la aplicación del Baremo a la Solicitud de Traslado/s con Plazas Públicas entre Residencias de Personas Mayores, gestionadas por el Instituto Murciano de Acción Social.

Informe, emitido por el/la Trabajador/a Social D./Dª.:.....

que presta sus servicios en la Residencia.....

INFORMA:

- Que D./Dª.:..... D.N.I.: .....

Ingresó en esta residencia con fecha:.....

- Que D./Dª.:..... D.N.I.: .....

Ingresó en esta residencia con fecha:.....

- Que las circunstancias de carácter personal que concurren en la presente solicitud son:

☐ Fallecimiento del cónyuge, familiar o acompañante, acaecido durante su permanencia en el centro, dentro del año en que se formula la solicitud de traslado.

☐ Concurrencia de causas gravemente perjudiciales para la integridad o dignidad personal del solicitante.

- Que las circunstancias de reagrupamiento familiar que concurren en la presente solicitud son:

☐ Haber contraído matrimonio y que ambos residentes estén ingresados en centros distintos.

☐ Existencia de familiares hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad en la localidad dónde se encuentre ubicado el centro que se solicita.

_____

_____

_____

_____

Se adjunta la documentación acreditativa siguiente:_____

_____

_____

En_____a_____de_____de_____

(Firma del/la Trabajador/a Social)

Fdo.:_____

INFORME MÉDICO

Para la aplicación a la Solicitud de Traslado/s con Plazas Públicas entre Residencias de Personas Mayores, gestionadas por el Instituto Murciano de Acción Social.

Informe, emitido por el/la médico D./Dª.: _____
Colegiado/a en _____ con el nº_____que presta sus servicios en: _____
_____

INFORMA:

Que D./Dª._____ D.N.I.: _____
D./Dª. _____ D.N.I.: _____

Presenta/n el siguiente **diagnóstico**:

_____
_____
_____
_____

Asimismo informa que:

☐ Presenta patología que precisa revisiones periódicas en un centro sanitario ubicado en la localidad, para la cual se solicita el traslado ☐ Solicitante A ☐ Solicitante B

☐ El clima o la situación geográfica de la Residencia en la que reside, afecta desfavorablemente en la salud del usuario ..... ☐ Solicitante A ☐ Solicitante B

☐ Existe concurrencia de circunstancias de extrema gravedad para la vida del usuario, que le impiden permanecer en la Residencia de origen ..... ☐ Solicitante A ☐ Solicitante B

OBSERVACIONES:

_____
_____

En_____a_____de_____de_____

Firma del Médico,

Fdo.:_____

INFORMACIÓN AL USUARIO:

1. Existe un fichero automatizado de datos de carácter personal, con la finalidad del reconocimiento del derecho de admisión en centros residenciales de la Administración Regional para Personas Mayores.

2. La información recogida está destinada unicamente al personal y a la Dirección del IMAS.

3. La respuesta a los datos que se le requieren tienen carácter obligatorio y la negativa a suministrarlos supondrá tenerle por desistido de su petición.

4. Respecto a los datos recogidos tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación o cancelación ante el responsable del fichero.

5. El responsable del fichero es:

   Dirección Gerencial del IMAS
   C/ Alonso Espejo, 7
   30007 MURCIA