



| | | |
|--|--|-------------------------|
| PROCEDEMENTO PROGRAMA EN BALNEARIOS | CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS607A | DOCUMENTO SOLICITUDE |
|--|--|-------------------------|

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TIPO | NOME DA VÍA | NÚM. | BLOQ. | ANDAR | PORTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PARROQUIA | LUGAR | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| DATA DE NACEMENTO | Nº DE TARXETA SANITARIA | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME/RAZÓN SOCIAL | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación no correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir e que poderán cambiar en calquera momento a través de [Notifica.gal](https://notifica.gal):

| | |
|----------------------|----------------------|
| TELÉFONO MÓBIL | CORREO ELECTRÓNICO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa Administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos, sen que sexa válida para elas nin produza efectos unha opción diferente.

- Electrónica** a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia - [Notifica.gal](https://notifica.gal) (<https://notifica.gal>). Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico ou Chave 365.
- Postal** (cobrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente).

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| TIPO | NOME DA VÍA | NÚM. | BLOQ. | ANDAR | PORTA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PARROQUIA | LUGAR | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |



DATOS DO/DA FILLO/A CON DISCAPACIDADE

| | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DATA DE NACEMENTO | Nº DE TARXETA SANITARIA | PORCENTAXE DE DISCAPACIDADE | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

DATOS DA PERSOA ACOMPAÑANTE

| | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| NOME | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| TIPO | NOME DA VÍA | NUM | BLOQ | ANDAR | PORTA | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| PARROQUIA | LUGAR | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| DATA DE NACEMENTO | Nº DE TARXETA SANITARIA | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |

DESTINOS E DATAS SOLICITADAS

| | |
|----------------------|----------------------|
| 1º DESTINO | DATA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2º DESTINO | DATA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3º DESTINO | DATA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

SOLICITA PODER PARTICIPAR NA LISTA DE VACANTES DOUTROS DESTINOS SI NON



DATOS DE SAÚDE DA PERSOA SOLICITANTE

Válese por si mesma para as actividades da vida diaria SI NON

Presenta:

Enfermidade transmisible con risco de contaxio SI NON

Alteracións de comportamento que dificulten a convivencia SI NON

Algún tipo de enfermidade ou limitación para recibir tratamento termal SI NON

Outras enfermidades SI NON En caso afirmativo, indíquese cales:

Text input field for other diseases.

Precisa algún tipo de:

Tratamento SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Text input field for treatment.

Dieta SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Text input field for diet.

Apoio SI NON En caso afirmativo, indíquese cal:

Text input field for support.

Outros datos que queira facer constar (solicitude de cuarto individual):

Large text input field for other data.

DATOS ECONÓMICOS

CONTÍA MENSUAL LÍQUIDA (€)

PROCEDENTES DE

PENSIÓNS OUTROS

Indíquese cales:

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:

- 1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se presentan son certos.
2. Que a documentación que se presenta está vixente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE

- Anexo II, se procede.
Anexo III, se procede.
Copia do pasaporte, se procede
Informe médico actualizado no caso de ter algunha limitación, alerxia ou enfermidade que requira dalgunha atención especial.

Table with 4 columns: Description, ÓRGANO, CÓD. PROC., ANO. Rows include pension certificate and family book copy.



COMPROBACIÓN DE DATOS

| | |
|---|--|
| Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos. | OPÓÑOME Á CONSULTA |
| DNI/NIE da persoa solicitante | <input type="checkbox"/> |
| Consulta de datos de residencia con data da última variación padroal do/da fillo/a da persoa solicitante | <input type="checkbox"/> |
| Certificado das pensións outorgadas polo INSS, da persoa solicitante. | <input type="checkbox"/> |
| Certificado de pensións outorgadas pola Xunta de Galicia, da persoa solicitante. | <input type="checkbox"/> |
| Certificado de estar ao día no pagamento coa Seguridade Social. | <input type="checkbox"/> |
| Certificado de estar ao día no pagamento de obrigas tributarias coa Axencia Tributaria de Galicia. | <input type="checkbox"/> |
| CONSENTIMENTO PARA A COMPROBACIÓN DE DATOS A persoa interesada autoriza a consulta a outras administracións públicas dos seguintes datos. De non autorizar a consulta, deberá achegar o documento correspondente. | AUTORIZO A CONSULTA |
| Declaración do imposto da renda das persoas físicas da persoa solicitante. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non |
| Certificado de estar ao día do pagamento de obrigas tributarias coa AEAT. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non |

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

| | |
|--|---|
| Responsable do tratamento | Xunta de Galicia. Consellería de Política Social e Xuventude. |
| Finalidades do tratamento | Tramitar este procedemento, verificar os datos e documentos que a persoa interesada achegue na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que se deriven e informar sobre o estado de tramitación. Asimesmo, os datos persoais incluíranse na Carpeta cidadá de cada persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal como de carácter administrativo. |
| Lexitimación para o tratamento | O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina (https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos) e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda. |
| Destinatarios dos datos | As administracións públicas no exercicio das súas competencias. |
| Exercicio de dereitos | As persoas interesadas poderán solicitar o acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos ou retirar, se é o caso, o consentimento outorgado a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en (https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos) |
| Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información | (https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos) |

LEXISLACIÓN APLICABLE

- o Orde do 14 de setembro de 2023 pola que se establecen as bases reguladoras da concesión de estadias en prazas de establecementos balnearios da Comunidade Autónoma de Galicia dentro do programa Benestar en balnearios e axudas para o ano 2023, e se procede á súa convocatoria (código de procedemento BS607A).

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de