

▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA



Gizarte Ongizaterako
Foru Erakundea
Instituto Foral
De Bienestar Social

▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA

www.araba.eus/ifbs/

Buruko gaixotasuna duten pertsonentzako atseden programa

Programa de respiro para personas con enfermedad mental

Plaza eskaerarako inprimakia
Solicitud de plaza



1. Datu pertsonalak • Datos de la persona solicitante

Abizenak • Apellidos

Izena • Nombre

Helbidea • Dirección

Herria • Municipio

Posta kodea • Código postal

Kontaktatzeko telefonoa • Telf. contacto

Jaioteguna • Fecha de nacimiento

Sexu • Sexo

NAN • DNI

Telefono finkoa • Teléfono fijo

Sakelako telefonoa • Teléfono móvil

E-mail

Menpekotasunaren balorazioa edo gradua
Valoración o grado de dependencia

Desgaitasunaren gradua
Grado de discapacidad

Eskaera egiteko eskatzen diren baldintzak betetzen dituela ADIERAZTEN DU:
EXPONE que considera reunir los requisitos exigidos para solicitar:

Datak • Fechas

Aukeratutako datak, (lehenetasun hurrenkeraz. 1, 2, 3 Markatu. Gehienez hiru data)

Fechas elegidas (por orden de prioridad. Se debe marcar 1, 2, 3. Máximo tres fechas)

☐

2025eko ekainaren 2tik 5era (Leon-Gaztela eta Leongo Erkidegoa)
Del 2 al 5 de junio de 2025 (León-Comunidad Castilla y León)

☐

2025eko ekainaren 11tik 15era (Cambrils-Tarragona)
Del 11 al 15 de junio de 2025 (Cambrils-Tarragona)

☐

2025eko irailaren 29tik urriaren 2ra (Gijón-Asturias)
Del 29 de septiembre al 2 de octubre de 2025 (Gijón-Asturias)

☐

2025eko urriaren 8tik 12ra (Cambrils-Tarragona)
Del 8 al 12 de octubre de 2025 (Cambrils-Tarragona)

2. Ahaidea, egitatezko zaintzailea edo harremanetarako persona Familiar, guardador/a de hecho o persona de contacto

Izen abizenak
Nombre y apellidos

Eskatzailearekiko harremana
Relación con la persona solicitante

Telefona • Teléfono

3. Adierazi Zainduz Atsedeen Programan parte hartzen duen beste pertsona batekin joan nahi baduzu Indicar si deseas participar con otra persona solicitante de plaza en el Programa Respiro "Zainduz"

Izen abizenak
Nombre y apellidos

Eskatzailearekiko harremana
Relación con la persona solicitante

-(n), 20 -(e)ko -ren -(e)an

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....