



FITXA WEB/ FICHA WEB		Data/ Fecha:	
Com ens ha conegut?/ ¿Cómo nos ha conocido?			
Nom/ Nombre:		Cognoms/ Apellidos:	
DNI/ NIE:		Data i lloc de naixement / Fecha y lugar de nacimiento:	
Adreça/ Dirección:			C.P.:
Barri/ Barrio:	Població/ Población:	Província / Provincia:	
Telèfon fixe/ Teléfono fijo:		Telèfon mòbil/ Teléfono móvil:	
Correu electrònic/ Correo electrónico:			
Grau discapacitat/ Grado discapacidad: <input type="checkbox"/> Concedit% <input type="checkbox"/> En tràmit <input type="checkbox"/> No sol·licitat <input type="checkbox"/> No concedit		Ajuda de tercera persona/ Ayuda de tercera persona: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Mobilitat reduïda/ Movilidad reducida: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Llei de la dependència/ Ley de la dependencia: <input type="checkbox"/> Concedida <input type="checkbox"/> En tràmit <input type="checkbox"/> No sol·licitada <input type="checkbox"/> No concedida			
Situació laboral/ Situación laboral: <input type="checkbox"/> Actiu / Activo <input type="checkbox"/> Parat / Parado <input type="checkbox"/> Jubilat / Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitat / Incapacidad		Incapacitat Laboral/Incapacidad Laboral: <input type="checkbox"/> En tràmit / En tramite <input type="checkbox"/> No sol·licitat / No solicitada <input type="checkbox"/> No concedit / No concedido <input type="checkbox"/> CONCEDIDA: <input type="checkbox"/> Total / Total <input type="checkbox"/> Absoluta / Absoluta <input type="checkbox"/> Gran Invalidesa / Gran Invalidez	
Prestació econòmica/ Prestación económica:		Professió/Profesión:	

SOL-LICITA/ SOLICITA: * Copagament / copago ** Servei extern / Servicio externo

<ul style="list-style-type: none"> Υ Atenció social / Atención social Υ Suport en tràmits telemàtics / Apoyo en trámites telemáticos Υ Suport psicològic / Apoyo psicológico* Υ Grup de ajuda mútua / Grupo de ayuda mútua Υ Servei d'ajuda a domicili / Servicio de ayuda a domicilio* Υ Assessorament legal/juridic/Asesoramiento legal/juridico** Υ Accessibilitat: OTA / Accesibilidad OTA 	<ul style="list-style-type: none"> Υ Activitats i sortides de lleure / Actividades y salidas de tiempo libre* Υ Servei d'acompanyament / Servicio de acompañamiento* Υ Servei d'orientació laboral / Servicio de orientación laboral** Υ Banc de recursos / Banco de Recursos Υ Coral "El Somni" / Coral "El Somni" * Υ Altres/Otros *
--	--

En què et podem ajudar? / ¿En qué podemos ayudarte?:

Tipus i causa de l'amputació, tipus de discapacitat i/o altres malalties/Tipo y causa de la amputación, tipo de discapacidad y/o otras enfermedades:

Vols donar-te d'alta com a persona usuària? / ¿Quieres darte de alta como persona usuària?:

Documentació / Documentación:

- **Fotocòpia del DNI – NIE** / Fotocòpia del DNI -NIE
- **Grau de discapacitat** / Grado de discapacidad
- **Fotocòpia de la Llei de la dependència** / Fotocòpia de la Ley de la dependencia
- **Compte corrent** / Cuenta corriente

Vols que te truquem? / ¿Quieres que te llamemos?

Si Telèfon / Telefono _____

O pots enviar aquesta documentació a / O puedes enviar esta documentación a :

treballsocial@amputats-santjordi.org

DECLARO que les dades facilitades són veritables, així com les facilitades per l'elaboració dels informes preceptius i la valoració de l'expedient, i sóc conscient que l'ocultació o falsedat dels mateixos pot ser motiu suficient per la cancel·lació del servei. Igualment manifesto complir amb l'aportació econòmica familiar corresponent per contribuir amb les despeses del servei. AUTORIZO a l'As. d'Amputats Sant Jordi a utilitzar la informació aportada en aquesta fitxa única i exclusivament en funció i pels objectius i serveis propis prestats per l'entitat, segons marca la Llei de Protecció de Dades: Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal.

DECLARO que los datos facilitados son ciertos, así como las facilitadas para la elaboración de los informes preceptivos y la valoración del expediente, y soy consciente que la ocultación o falsedad de los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del Servicio. Igualmente manifesto cumplir con la aportación económica familiar correspondiente para contribuir con los gastos del servicio. AUTORIZO a la As. d'Amputats Sant Jordi a utilizar la información aportada en esta ficha única y exclusivamente en función y por los objetivos y Servicios propios prestados por la entidad, según marca la Ley de Protección de Datos: Lei Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Data i signatura/Fecha y firma:

