



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



REGISTRO

Nº Expediente:

## SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA (CAMF) Y CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA (CRMF) DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMRSO)

### ADVERTENCIA IMPORTANTE

LA SOLICITUD DEBERÁ OBLIGATORIAMENTE CUMPLIMENTARSE EN TODOS SUS APARTADOS.  
ANTES DE RELLENAR LA SOLICITUD, LEA CON DETENIMIENTO LAS INSTRUCCIONES

### 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
Nº NIF/NIE		Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO Hombre                      Mujer	ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD
LUGAR DE NACIMIENTO: LOCALIDAD		PROVINCIA	PAÍS
DOMICILIO		Nº/Blq./Escal./Piso/Pta.	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO			
TIPO DE DISCAPACIDAD		GRADO DE DISCAPACIDAD	
FECHA SOLICITUD O RECONOCIMIENTO		COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA DE RECONOCIMIENTO	
¿TIENE RECONOCIDA O SOLICITADA LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA? SOLICITADA                      RECONOCIDA			
EN CASO DE TENERLA RECONOCIDA: GRADO	FECHA CALIFICACIÓN GRADO	COMUNIDAD DE RECONOCIMIENTO	
PRESTACIÓN O SERVICIO SOLICITADO O CONCEDIDO			

EN CASO DE ESTAR INGRESADO ACTUALMENTE EN UN CENTRO, HOSPITAL U OTRO ESTABLECIMIENTO, INDIQUE:

NOMBRE	DIRECCIÓN DEL CENTRO	TELÉFONO

### 2. NOTIFICACIÓN

<b>Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del indicado en el apartado 1)</b>			
DOMICILIO	Nº/Blq./Escal./Piso/Pta.	CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
<b>Si desea recibir avisos de las notificaciones, indique el medio</b>			
CORREO ELECTRÓNICO		DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº de móvil...)	

### 3. VINCULACIÓN DEL SOLICITANTE CON LA SEGURIDAD SOCIAL

PENSIONISTA	TRABAJADOR/A	BENEFICIARIO/A
-------------	--------------	----------------

#### 4. DATOS ECONÓMICOS DEL SOLICITANTE (ingresos, prestaciones o ayudas que percibe)

TIPO DE INGRESO		CUANTÍA ANUAL €
PENSIÓN		
RENTAS DEL TRABAJO		
OTROS INGRESOS		

#### 5. DATOS ECONÓMICOS DE LAS PERSONAS QUE INTEGRAN LA UNIDAD FAMILIAR

APELLIDOS Y NOMBRE	Nº NIF/NIE	PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	INGRESOS ANUALES	PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS

#### 6. CENTROS DEL IMSERSO EN LOS QUE HA ESTADO CON ANTERIORIDAD Y CURSOS

CENTROS DEL IMSERSO	FECHAS	CURSOS REALIZADOS	FECHAS

#### 7. CENTRO SOLICITADO

7.1 TIPO DE CENTRO:

7.2 CENTRO SOLICITADO:

7.3 TIPO DE PLAZA:                      RESIDENCIAL                      CENTRO DE DÍA                      ESTANCIA TEMPORAL (solo en CAMF)

7.4 CURSOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE:

**DECLARO** bajo mi responsabilidad\* que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imserso cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.

De acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque la siguiente casilla                      y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

En                      , a                      de                      de

Firma:

\* La declaración de este apartado se refiere exclusivamente al solicitante, no al representante o persona de contacto sin perjuicio de que la solicitud esté firmada por cualquiera de ellos. La ocultación o falsedad de los datos o informaciones, pueden ser consideradas motivo suficiente para el archivo del expediente o, en el supuesto de haber ingresado en un centro, la expulsión del mismo, previa resolución motivada por el órgano competente.

#### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos facilitados serán tratados informáticamente y que no podrán utilizarse con fines distintos a la gestión de esta solicitud, en aplicación de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Serán incluidos en Ficheros correspondientes a Centros de atención a personas con discapacidad física (CAMF del Imserso), Centros de recuperación de personas con discapacidad física (CRMF del Imserso) o Centro de promoción de autonomía personal y recuperación de personas con discapacidad física (CPAP/CRMF) de Bergondo (A Coruña) según proceda. Dichos centros utilizarán los datos de carácter personal facilitados para prestarle el servicio solicitado y desarrollar la gestión administrativa derivada del mismo sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizados (artículos 42, 63 y 66 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Además podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición dirigiéndose al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), c/Ginzo de Limia 58, 28029 Madrid, como órgano responsable del tratamiento.

**SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DEL IMSERSO**

## 8. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O VOLUNTARIO

(Cumplimentar solo cuando la solicitud se formule por persona distinta a la solicitante)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	Nº NIF/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DOMICILIO		Nº /Blq / Escal / Piso / Pta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE	PODER NOTARIAL O REPRESENTACIÓN. Nº DE PROTOCOLO		

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imserso cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.

De acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque la siguiente casilla      y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

## PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos facilitados serán tratados informáticamente y que no podrán utilizarse con fines distintos a la gestión de esta solicitud, en aplicación de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizados (artículos 42, 63 y 66 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social). La persona interesada podrá ejercitar, de conformidad con la citada ley, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición dirigiéndose al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), c/Ginzo de Limia 58, 28029 Madrid, como órgano responsable del tratamiento.

## 9. DATOS SOBRE LAS PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR

(Cumplimentar uno por cada persona integrante de la unidad familiar consignada en el apartado 5)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	Nº NIF/NIE
DOMICILIO		Nº /Blq / Escal / Piso / Pta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE			

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imserso cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.

De acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque la siguiente casilla y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

## PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos facilitados serán tratados informáticamente y que no podrán utilizarse con fines distintos a la gestión de esta solicitud, en aplicación de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizados (artículos 42, 63 y 66 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social). La persona interesada podrá ejercitar, de conformidad con la citada ley, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición dirigiéndose al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), c/Ginzo de Limia 58, 28029 Madrid, como órgano responsable del tratamiento.

# INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN

ESCRIBA CON CLARIDAD PARA EVITAR ERRORES DE INTERPRETACIÓN, A SER POSIBLE EN ORDENADOR O CON LETRAS MAYÚSCULAS

## 1 Datos de la persona solicitante:

- **Datos identificativos del solicitante:** debe cumplimentar todos los apartados referidos a la identidad de la persona solicitante.
- **Datos relativos a la situación de discapacidad del solicitante:** debe cumplimentar todas las casillas de este apartado en el caso de que el solicitante tenga reconocido algún tipo de discapacidad.
- **Datos relativos a la situación de Dependencia del solicitante:** debe cumplimentar todas las casillas de este apartado en el caso de que el solicitante tenga reconocido algún grado de Dependencia; en caso contrario debe dejar este apartado en blanco.

**2 Notificación:** en este apartado indique, por un lado, el domicilio a efectos de notificaciones solo si es distinto del indicado en el apartado 1 y, por otro, su correo electrónico o nº de teléfono móvil si desea recibir avisos de las notificaciones.

**3 Vinculación del solicitante con la Seguridad Social:** marque con una X la casilla que corresponda a su situación respecto a la Seguridad Social.

**4 Datos económicos del solicitante:** Indique el tipo de ingresos fijos que percibe el solicitante y su cuantía anual.

**5 Datos económicos de las personas que integran la unidad familiar:** indique los datos de las personas que integran su unidad familiar. En caso de que no tenga espacio suficiente para escribir todos los miembros que la integran, puede presentar, en hoja aparte, una declaración bajo su responsabilidad con la totalidad de miembros que componen su unidad familiar y con los mismos datos que se solicitan en este apartado. Esta declaración deberá estar firmada por el solicitante o, en su caso, por el representante legal o voluntario.

**6. Centros del Imsero en los que ha estado con anterioridad y cursos:** indique los centros del Imsero y las fechas en los que el solicitante ha estado durante los últimos 3 años, e indique también los cursos de formación profesional que haya realizado durante ese tiempo en dichos centros.

## 7. Centro solicitado:

**7.1 Tipo de Centro;** indique el tipo de centro en el que quiere ingresar:

- **CAMF:** su objetivo es prestar atención integral a las personas con discapacidad física que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional, a consecuencia de la gravedad de su discapacidad encuentran serias dificultades para conseguir una integración laboral y para ser atendidos en régimen familiar o domiciliario.
- **CRMF y Centro para la Promoción de la Autonomía Personal de Bergondo (CPAP):** su objetivo es prestar atención a las personas con discapacidad física y/o sensorial con posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional. El CPAP además dispone de plazas para la atención a personas afectadas de daño cerebral con el fin de potenciar su autonomía y recuperación.

**7.2 Centros solicitados:** Indique como máximo cuatro centros, ordenados según sus intereses, en los que le gustaría ingresar.

**7.3 Tipo de plaza:** marque con una X el tipo de plaza que solicita.

**7.4 Cursos de formación profesional:** Este apartado solo deberá cumplimentarse si se solicita plaza para un CRMF o el CPAP; en este caso, deberá indicar los cursos de formación profesional que el solicitante quiera realizar.

**8. Datos del representante legal o voluntario:** Este apartado solo deberá cumplimentarse en caso de que la persona solicitante no pueda hacerlo por sí mismo. Los datos a cumplimentar en este apartado serán los del representante legal o, en su caso, los del representante voluntario.

**9. Datos sobre las personas integrantes de la unidad familiar:** Cada uno de los miembros que figuran como integrantes de la unidad familiar en el apartado 5, deberá cumplimentar este apartado con sus datos personales.

## DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A LA SOLICITUD, EN EL SUPUESTO DE QUE SE OPONGA A QUE EL IMSERSO CONSULTE U OBTENGA DATOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

En el supuesto de que la persona solicitante, su representante o alguna de las personas integrantes de la unidad familiar se opongan a que el Imsero consulte por medios electrónicos los datos consignados en la solicitud o de los documentos precisos para su resolución, deberá aportar, en su caso, la siguiente documentación:

• Copia del DNI/NIE	• Copia del DNI/NIE del representante	• En caso de Representante Legal, documento acreditativo
• Copia del Libro de Familia	• Acreditación de ingresos, certificados, declaración IRPF, nóminas, pensiones del interesado así como, en su caso, de los miembros que componen su unidad familiar	• Copia tarjeta Seguridad Social
• Informe Social	• Informe Médico	• Informe Psicológico
• Copia Certificado de Discapacidad	• Copia Grado de Dependencia	• Copia Servicio o Prestación de Dependencia reconocida

Para más información sobre este procedimiento, consulte la [Sede Electrónica del Imsero](#).