

Data 1a visita:	Professionals/Voluntaris:		
Lloc:	Com ha contactat amb ASJ?:		
Nom/Nombre	Cognoms/Apellidos		
Adreça/Dirección			
Telèfon fixe/Teléfono fijo	Telèfon mòbil/Teléfono móvil		
E-mail			
% discapacitat/ % discapacidad: Valoració	En tràmit	No sol·licitat	No concedit
Ajuda de tercera persona si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Mobilitat reduïda si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Causa de l'amputació/ discapacitat // Causa de la amputación /discapacidad			
Grau dependència/Grado dependencia: Valoració	En tràmit	No sol·licitat	No concedit
SOL·LICITA/SOLICITA			
<input type="checkbox"/> Atenció social/Atención social <input type="checkbox"/> Atenció psicològica/Atención psicológica <input type="checkbox"/> Servei d'ajuda a domicili/Servicio de ayuda a domicilio <input type="checkbox"/> Grup de suport social/Grupo de apoyo social <input type="checkbox"/> Tallers a demanda/Talleres a demanda <input type="checkbox"/> Orientació legal/ Orientación legal		<input type="checkbox"/> Voluntariat hospitalari o domiciliari/Voluntariado hospitalario o domiciliario <input type="checkbox"/> Activitats i sortides de lleure/Actividades y salidas de tiempo libre <input type="checkbox"/> Servei d'acompanyament/Servicio de acompañamiento <input type="checkbox"/> Servei d'orientació laboral/Servicio de orientación laboral <input type="checkbox"/> Altres/Otros	
Informació primera visita/ Información primera visita			

USUARI / USUARIO:

DADES SEGUIMENT

Alta Soci si no

Causa:

Data i forma de contacte:

Professional:

	Quota anual / Cuota anual	50 euros	100 euros
Nom/Nombre	Cognoms/Apellidos		
Data d'alta/ Fecha de alta	DNI		
Data i lloc de naixement/ Fecha y lugar de nacimiento			
Professió/Profesión		Situació laboral/ Situación laboral	
Prestació econòmica/ Prestación económica			
Unitat de convivència/ Unidad de convivencia			

El número de compte bancari on es carregaran les tarifes dels serveis així com la quota de soci:												
El número de cuenta bancaria donde se cargarán las tarifas de los servicios así como la cuota de socio:												
Nº IBAN/NºIBAN	ENTITAT/ENTIDAD	OFICINA/OFICINA	DC	NÚMERO DE COMPTE/NÚMERO DE CUENTA								
Nom i cognoms del titular del compte/Nombre y apellidos del titular de la cuenta											DNI	

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. AUTORITZO 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:

SEGUIMENT / Seguimiento

Data / fecha