



BALIABIDEETARA BIDERATZEKO RAI BALORAZIO ESKAERA
SOLICITUD DE VALORACIÓN RAI DE ORIENTACIÓN A RECURSOS

KOMUNIKAZIO MODUA / MODO DE COMUNICACIÓN: Euskara / Euskera Elebiduna / Bilingüe

INTERESATUAREN DATUAK / DATOS DEL INTERESADO

Deiturak/Apellidos:				Izena/Nombre:			
NAN/D.N.I.:			Sexua/Sexo:			Jaioteguna/Fecha de nacimiento:	
Helbidea/Domicilio:							
Herria/Localidad:			P.k./C.p.:			Telefonoak/Teléfonos:	
E-posta/E-mail:					Fax/Fax:		
Legezko gaitasungabetzea/Incapacidad legal:				O.T.I./T.I.S.:			

KONTAKTU DATUAK / DATOS DE CONTACTO

Izena/Nombre:			
Telefonoak/Telefonos:		E-posta/E-mail:	

ORDEZKARITZA DATUAK / DATOS DE REPRESENTACIÓN

Ordezkaritza mota / Tipo de representación:	<input type="radio"/> Legezko ordezkaria / Representante legal <input type="radio"/> Borondatezko ordezkaria / Representante voluntario <input type="radio"/> Egitatezko zaintzailea / Guardador de hecho						
Deiturak/Apellidos:			Izena/Nombre:				
NAN/D.N.I.:			Telefonoak/Teléfonos:				
Helbidea/Domicilio:							
Herria/Localidad:			P.k./C.p.:			Probintzia/Provincia:	
E-posta/E-mail:							
Interesatuarekin duen harremana/Relación con el interesado:							



Eskatzen den baliabidea / Recurso que solicita:

- Telelaguntza / Teleasistencia**
- Etxeko laguntza zerbitzua / Servicio de ayuda a domicilio**
- Mendekotasuna duten adinekoentzako eguneko zentroa / Centro de día para mayores dependientes**
- Mendekotasuna duten adinekoentzako gaueko zentroa / Centro de noche para mayores dependientes**
- Desgaitasuna edo buruko gaixotasuna dutenentzako eguneko zentro / Centro de día para personas con discapacidad o enfermedad mental**
- Desgaitasuna edo buruko gaixotasuna dutenentzako gaueko zentroa / Centro de noche para personas con discapacidad o enfermedad mental**
- Mendekotasuna duten adinekoentzako egoitza / Residencia para mayores dependientes**
- Desgaitasuna edo buruko gaixotasuna dutenentzako egoitza / Residencia para personas con discapacidad o enfermedad mental**
- Aldi bateko egonaldiak mendekotasuna duten adinekoentzako egoitzetan / Estancias temporales en residencias para mayores dependientes**
- Aldi bateko egonaldiak desgaitasuna edo buruko gaixotasuna dutenentzako egoitzetan / Estancias temporales en residencias para personas con discapacidad o enfermedad mental**
- Laguntza pertsonalerako prestazio ekonomikoa / Prestación económica de asistencia personal**
- Familia ingurunean zaintzeko prestazio ekonomikoa / Prestación económica para cuidados en el entorno familiar**
- Autonomia pertsonala errazteko diru laguntzak (laguntza teknikoak) / Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal (ayudas técnicas)**
- Informazioa, balorazioa eta orientazioa / Información, valoración y orientación**

Eskaera edo berraztertze mota / Tipo de Solicitud/Revisión:

- Baliabideetara bideratzeko balorazio eskaera / Solicitud de valoración de orientación a recursos**
- Taldearen/Azpitaldearen berrikuspena / Revisión de grupo/subgrupo**

Balorazioaren presa / Urgencia de Valoración:

- Ez da presako balorazioa / No se trata de una valoración Urgente**
- Presako Balorazioa / Valoración Urgente**



BALORAZIOA EGITEKO LEKUA / LUGAR DE LA VALORACIÓN

<input type="radio"/>	Helbidea Domicilio		
<input type="radio"/>	Asistentzia-zentroa Centro Asistencial	Deskribapena: Descripción:	<input type="text"/>
<input type="radio"/>	Ospitalea Hospital	Ospitalearen deskribapena: Descripción Hospital:	<input type="text"/>
		Gela: Habitación:	<input type="text"/>
		Arrazoiak: Motivos:	<input type="text"/>
		Ospitaleratze-data: Fecha de ingreso:	<input type="text"/>
<input type="radio"/>	Beste lekuak Otros lugares	Deskribapena: Descripción:	<input type="text"/>

BAIMENA EMAN / AUTORIZACIÓN

Baimena ematen diot Gipuzkoako Foru Aldundiaren Gizarte Politikako Departamentuari nire izenean Osakidetza Euskal Osasun Zerbitzuari nire historia klinikoa osatzen duten beharrezko txostenak eskatzeko dagokion balorazioa egin ahal izateko.

Autorizo al Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa a solicitar en mi nombre a Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, cuantos informes sean necesarios para la realización de la valoración correspondiente.

Bai
Sí

Ez
No

Adierazten dut, neure erantzukizunpean, egiazkoak direla eskaera honetan jarritako datuak, eta, datu pertsonalak babesteari buruzko 15/1999 lege organikoak ezarritakoaren arabera, jakinarazi didatela datu horiek fitxategi automatizatu batean sartuko direla.

Era berean, onartzen dut eta baimena ematen dut fitxategi automatizatuetan sartutako datu pertsonalak beste helburu batzuetarako ere erabil daitezen, hala nola, estatistikak eta zientzia ikerketak egiteko.

Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, y que de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal he sido informado/a de que los mismos se integrarán en un fichero automatizado.

Así mismo, Acepto y Autorizo que la utilización de los datos de carácter personal que sean integrados en ficheros automatizados puedan destinarse a otros fines tales como la producción de estadísticas y la investigación científica.

SINADURA DATUAK / DATOS DE LA FIRMA

Eskaerako sinatzailea / Firmante de la solicitud	<input type="text"/>
---	----------------------