

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE APOYO A PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES DEL "PROGRAMA CUIDARTE"**

**I. Datos del Cuidador**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/ NIE / Pasaporte
Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento	Localidad de nacimiento	Provincia / País
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)			Código Postal
Localidad	Provincia	Teléfono 1	Teléfono 2
Correo electrónico	Años como cuidador	Puede desplazarse por sus medios a la localidad donde se reúna el grupo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**II. Datos del Representante (em su caso)**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Relación con el solicitante	

**III. Domicilio a efectos de notificaciones**

Nombre y Apellidos		
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)		Código postal
Localidad	Provincia	País
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico

**IV. Datos de las personas cuidadas**

**1ª Persona cuidada**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/ NIE / Pasaporte
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Reside en <input type="checkbox"/> Domicilio propio <input type="checkbox"/> Domicilio cuidador <input type="checkbox"/> .....	
El tiempo que el cuidador asista al Grupo, la persona cuidada <input type="checkbox"/> Está sola <input type="checkbox"/> Cuidada por profesionales <input type="checkbox"/> Cuidada por familiares			Relación con el cuidador
Ha solicitado la valoración de la dependencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Si la anterior respuesta ha sido afirmativa, indique lo que proceda <input type="checkbox"/> En trámite <input type="checkbox"/> Grado ..... Nivel .....	
Servicios de que dispone <input type="checkbox"/> Teleasistencia <input type="checkbox"/> S.A.D. <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional <input type="checkbox"/> Otros (citar) .....			

**2ª Persona cuidada**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/ NIE / Pasaporte
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Reside en <input type="checkbox"/> Domicilio propio <input type="checkbox"/> Domicilio cuidador <input type="checkbox"/> .....	
El tiempo que el cuidador asista al Grupo, la persona cuidada <input type="checkbox"/> Está sola <input type="checkbox"/> Cuidada por profesionales <input type="checkbox"/> Cuidada por familiares			Relación con el cuidador
Ha solicitado la valoración de la dependencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Si la anterior respuesta ha sido afirmativa, indique lo que proceda <input type="checkbox"/> En trámite <input type="checkbox"/> Grado ..... Nivel .....	
Servicios de que dispone <input type="checkbox"/> Teleasistencia <input type="checkbox"/> S.A.D. <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional <input type="checkbox"/> Otros (citar) .....			

**3ª Persona cuidada**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	NIF/ NIE / Pasaporte
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Reside en <input type="checkbox"/> Domicilio propio <input type="checkbox"/> Domicilio cuidador <input type="checkbox"/> .....			
El tiempo que el cuidador asista al Grupo, la persona cuidada <input type="checkbox"/> Está sola <input type="checkbox"/> Cuidada por profesionales <input type="checkbox"/> Cuidada por familiares					Relación con el cuidador
Ha solicitado la valoración de la dependencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Si la anterior respuesta ha sido afirmativa, indique lo que proceda <input type="checkbox"/> En trámite <input type="checkbox"/> Grado ..... Nivel .....			
Servicios de que dispone <input type="checkbox"/> Teleasistencia <input type="checkbox"/> S.A.D. <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional <input type="checkbox"/> Otros (citar) .....					

**V. Declaración y Solicitud**

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos consignados son ciertos y, asimismo, SOLICITO la inclusión en los Grupos de Apoyo a Personas Cuidadoras No Profesionales que se constituyan en

Centro ..... Localidad .....

Igualmente, quedo enterado/a de que el PROGRAMA CUIDARTE está cofinanciado hasta el 50% por el Fondo Social Europeo.

En ....., a ..... de ..... de 20....  
(firma)

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD :

Consideramos **cuidadores no profesionales** a todos aquellos que asumen la responsabilidad de facilitar que otras personas en situación de dependencia puedan atender sus necesidades físicas, psicológicas y/o sociales, siempre que no exista una relación laboral entre ambos.

Los grupos de apoyo a personas cuidadoras no profesionales del “Programa CuidArte” se constituyen en los centros propios y de gestión concertada del IASS, así como en algunas entidades autorizadas.

La implementación de los mismos dependerá en todo momento de la existencia de suficientes personas solicitantes. Podrá configurarse un grupo cuando exista un número mínimo de solicitantes. Así mismo, cuando las solicitudes excedan del número máximo de participantes que pueden integrar un grupo, las personas que no tengan plaza esperarán a la configuración de un nuevo grupo en un período no mayor a seis meses.

### I. Datos del Cuidador

- a. En este apartado se consignarán todos los datos personales de quien solicita formar parte de un grupo de apoyo para personas cuidadoras no profesionales.
- b. En la casilla **Años como cuidador** se consignará la estimación del número de años que el/la solicitante lleva atendiendo a la/s persona/s cuidada/s, en caso de que cuide a dos o más personas, el periodo más largo de tiempo.
- c. **Transporte.** Cuando se solicite la participación en grupos que se realizan en una localidad distinta a la que reside, deberá informar si dispone de medios para trasladarse a la misma. En caso de que no disponga, el IASS estudiará la posibilidad de facilitar medio de transporte que le permita la asistencia.

### II. Domicilio a efectos de notificaciones

En este apartado se consignará el domicilio al que desea que le sean enviadas las notificaciones que procedan.

### III. Datos de las personas cuidadas.

En este apartado se consignarán todos los datos personales de la/las persona/s cuidada/s, un apartado por cada persona que esté siendo cuidada por el/la solicitante.

## DOCUMENTOS A APORTAR

- Fotocopia compulsada del NIF / NIE o tarjeta de residencia del solicitante.