



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030



REGISTRO

Nº Expediente:

**SOLICITUD DE ADMISIÓN  
EN EL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS Y SUS FAMILIAS (CREER) DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) EN BURGOS**

**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					
¿TIENE SOLICITADA O RECONOCIDA SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD					
SOLICITADA		RECONOCIDA			
Fecha:	Fecha:	Tipo:		Comunidad Autónoma:	
	Grado:				
¿TIENE SOLICITADA O RECONOCIDA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA?					
SOLICITADA		RECONOCIDA			
Fecha:	Fecha:	Comunidad Autónoma:			
	Grado:				
PRESTACIÓN O SERVICIO:					
SOLICITADO		CONCEDIDO		FECHA DE EFECTIVIDAD:	

EN CASO DE ESTAR ATENDIDO ACTUALMENTE EN ALGÚN CENTRO O SERVICIO, INDIQUE CUAL:

NOMBRE		DIRECCIÓN DEL CENTRO/SERVICIO		TELÉFONO
PÚBLICO                      PRIVADO		FINANCIACIÓN:		

**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 MÓVIL
		TELÉFONO FIJO		
<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	BENEFICIARIO
-------------	------------	--------------

### 4. TIPO DE PLAZA QUE SE SOLICITA (Todas las plazas son de carácter temporal)

ATENCIÓN AMBULATORIA	ATENCIÓN RESIDENCIAL	PROGRAMA PROMOCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL
----------------------	----------------------	---------------------------------------

**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 .

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.

### 5. 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 Hombre                      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 .

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

Firma:

### 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 un fichero del que es titular el CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS Y SUS FAMILIAS (CREER). El Creer utilizará 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 (artículo 16 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia). Además podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición dirigiéndose al CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS Y SUS FAMILIAS (CREER), c/Bernardino Obregón, 24, 09001 Burgos, como órgano responsable del tratamiento.

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

# 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 o lo haya solicitado.
- **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 o lo haya solicitado.
- **Si se encuentra atendido actualmente en centro o servicio:** marque con una "X" si es público o privado. Si es privado indique si el centro o servicio cuenta con financiación pública, a través de concierto público u otra financiación.

## 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. Tipo de plaza que se solicita

Señale con una "X" la modalidad elegida.

## 5. 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.

## DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A LA SOLICITUD

• Copia del DNI/NIE del solicitante.	• Copia del DNI/NIE del representante legal o voluntario.	• En caso de representante legal, documento acreditativo.
• Copia tarjeta Seguridad Social.	• Copia Certificado de Discapacidad, en caso de que lo tenga reconocido o copia de solicitud, en caso de encontrarse en tramitación.	• Copia Grado de Dependencia, en caso de que la tenga reconocida o copia de solicitud, en caso de encontrarse en tramitación.
• Copia del servicio o prestación de Dependencia, en caso de que la tenga reconocida.	• Informe Médico donde figure el diagnóstico de la enfermedad rara.	• Informes sociales, educativos, médico-rehabilitador, fisioterapia, logopedia u otras disciplinas de que se disponga.
• Anexo I (Diversidad funcional).	• Anexo II (Datos familiares/cuidadores).	

Para más información sobre este centro, consulte su [página web](#).



## ANEXO I

### SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL CREER DE BURGOS DIVERSIDAD FUNCIONAL/LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD (CIF-IA, OMA 2007)

Marcar la que corresponda:

<b>LEVE</b>	El solicitante puede llevar a cabo la actividad o la participación con poca dificultad y sin ayuda.
<b>MODERADA</b>	La actividad o participación se puede llevar a cabo sin una asistencia técnica y/o humana.
<b>GRAVE</b>	La actividad o participación no se puede llevar a cabo sin una asistencia técnica y/o humana sustancial.

COMPRENSIÓN	LEVE	MODERADA	GRAVE	OBSERVACIONES
Vista				
Oído				
Aprendizaje o adquisición del lenguaje				
Habilidades cognitivas				

COMUNICACIÓN	LEVE	MODERADA	GRAVE	OBSERVACIONES
Recepción de mensajes				
Elaboración de mensajes (hablados, lenguaje signos, lenguaje no verbal, escritos)				
Participación en conversaciones				
Uso de dispositivos de comunicación				

MOTRICIDAD	LEVE	MODERADA	GRAVE	OBSERVACIONES
Ponerse de pie				
Sentarse				
Inclinarse				
Caminar distancias cortas				
Caminar distancias largas				
Realización de actividades vigorosas (trepar, correr, saltar, nadar...)				

AUTOCUIDADO	LEVE	MODERADA	GRAVE	OBSERVACIONES
Aseo personal				
Autocuidado personal (piel, dientes, uñas, cabello, genitales)				
Control de la micción				
Control de la defecación				
Vestirse/desvestirse				
Comer				
Beber				
Cuidado de su propia salud (dieta, medicación, prevención, necesidades, ayuda o supervisión)				

<b>DORMIR/PERMANECER DESPIERTO</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>GRAVE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Dormirse				
Permanecer dormido				

<b>TEMPERAMENTO Y COMPORTAMIENTO</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>GRAVE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Manejo del estrés, las responsabilidades, las emergencias y garantizar su propia seguridad				
Manejo de las emociones y el estado de ánimo				
Control de la propia conducta general				
Control de la propia conducta alimentaria. Desplazamiento				

<b>HABILIDADES INTERPERSONALES</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>GRAVE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Interacción con otras personas				
Capacidad para hacer y mantener amistades				
Mantenimiento de las relaciones familiares				
Tratar con extraños				

<b>ACTIVIDADES DIARIAS</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>GRAVE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Tareas domésticas				
Educación				
Vida laboral y remuneración				
Desempeño de tareas cotidianas				



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



## ANEXO II

### SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL CREER DE BURGOS

#### NOMBRE DE LA PERSONA INTERESADA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
OCUPACIÓN:		

#### FAMILIARES/CUIDADORES QUE ACUDEN AL PROGRAMA

1	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	PARENTESCO:	NIF:	OCUPACIÓN:
2	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	PARENTESCO:	NIF:	OCUPACIÓN:
3	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	PARENTESCO:	NIF:	OCUPACIÓN:
4	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
	PARENTESCO:	NIF:	OCUPACIÓN: