



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES



REGISTRO

Nº Expediente:

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL (CEADAC) DEL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) EN MADRID

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 AUTONÓMA DE RECONOCIMIENTO		
TIENE RECONOCIDA O SOLICITADA LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOLICITADA <input type="checkbox"/> RECONOCIDA </div>					
EN CASO DE TENERLA RECONOCIDA: GRADO		FECHA CALIFICACIÓN GRADO		COMUNIDAD DE RECONOCIMIENTO	
PRESTACIÓN O SERVICIO: <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOLICITADO <input type="checkbox"/> CONCEDIDO FECHA DE EFECTIVIDAD: </div>					

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

NOMBRE		DIRECCIÓN DEL CENTRO/SERVICIO		TELÉFONO
PÚBLICO PRIVADO		FINANCIACIÓN:		

2. NOTIFICACIÓN

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

ESTANCIA TEMPORAL

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.

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 y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones.

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 AL DAÑO CEREBRAL (CEADAC). El Ceadac 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 AL DAÑO CEREBRAL (CEADAC), en la c/Río Bullaque, 1, 28034 Madrid, 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.
- **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.
- **Si se encuentra atendido actualmente en centro o servicio:** marque con una "X" si es público o privado. Si es privado insigne 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, 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 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	• Copia Grado de Dependencia, en caso de que la tenga reconocida
• Copia del servicio o prestación de Dependencia, en caso de que la tenga reconocida	• Informe Médico de Atención Primaria donde se especifique que no padece enfermedad transmisible en fase activa y que no necesita atención médica cualificada de forma continuada en instituciones hospitalarias	
• Informe Médico y Anexo I	• Informe Social/Anexo II	• Informe Psicológico

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



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES



ANEXO I - INFORME MÉDICO

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL CEADAC

A CUMPLIMENTAR POR EL/LA MÉDICO/A ESPECIALISTA. ADJUNTE INFORMES MÉDICOS

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	EDAD
-----------------	------------------	--------	------

DATOS HISTORIA CLÍNICA

HOSPITAL DE PROCEDENCIA:			
DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO:			
FECHA DEL DAÑO:			
NIVEL DE CONCIENCIA ACTUAL (GCS):	ESTADO DE COMA: <input type="checkbox"/> SÍ NO	VIGILIA SIN RESPUESTA SÍ NO	
	MÍNIMA CONCIENCIA: <input type="checkbox"/> SÍ NO		
COMPLICACIONES ACTUALES QUE PUEDAN INTERFERIR EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR:			
TRAQUEOTOMÍA:	CERRADA PERSISTENTE	MOTIVO:	
ALIMENTACIÓN:	VÍA ORAL: SÍ NO	SNG: SÍ NO	PEG: SÍ NO
SONDA VESICAL:	SÍ NO		
MEDIDAS DE AISLAMIENTO:	SÍ NO	ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS: SÍ NO	
DÉFICIT MOTOR:			
TOLERA SEDESTACIÓN:	SÍ NO		
MARCHA:	SÍ NO		
ALTERACIONES CONDUCTUALES	SÍ NO		
REQUIERE MEDIDAS ESPECIALES DE SEGURIDAD (CON INFORME PSIQUIÁTRICO): SÍ NO			
OBSERVACIONES:			

En

, a

de

de

MÉDICO/A REMITENTE:	
ESPECIALIDAD:	
CENTRO REMITENTE:	
TELÉFONO DE CONTACTO:	



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



ANEXO II - INFORME SOCIAL

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN EL CEADAC

A CUMPLIMENTAR POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL

NOMBRE DE LA PERSONA INTERESADA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
OCUPACIÓN:		

CUIDADOR PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
PARENTESCO:		OCUPACIÓN:

UNIDAD DE CONVIVENCIA

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

DINÁMICA FAMILIAR

RELACIONES ESTABLES	RELACIONES CONFLICTIVAS
INSTITUCIONALIZACIÓN	SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL
OBSERVACIONES:	

En

, a

de

de

TRABAJADOR/A SOCIAL:	
CENTRO REMITENTE:	
TELÉFONO DE CONTACTO:	