



IMPRESO DE SOLICITUD

Código: F-09-36
Edición: 3
Página 1 de 2

(A rellenar por Fundación AFIM) Fecha: _____ N.º AFILIACIÓN _____

(Por favor, cumplimente este impreso con letra de imprenta y marque con una X lo que corresponda)

SOLICITUD DE:	COLECTIVO AL QUE PERTENECE:
<input type="checkbox"/> AFILIACIÓN	<input type="checkbox"/> PERSONA CON DISCAPACIDAD
<input type="checkbox"/> REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/> DEMANDANTES DE EMPLEO
<input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTES
<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS	<input type="checkbox"/> ASOCIACIONES
<input type="checkbox"/> OTROS SERVICIOS	<input type="checkbox"/> OTROS

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____
1^{er} APELLIDO: _____ 2^º APELLIDO: _____
DNI o NIE: _____
DIRECCIÓN: _____ C.P.: _____
LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
TELÉFONO MÓVIL: _____ TELÉFONO FIJO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ NACIONALIDAD: _____

EN CASO DE DISCAPACIDAD RELLENE ESTE APARTADO

Porcentaje (%): _____ Tipo de Discapacidad: Física Mental Intelectual Sensorial
Dependencia: Sí No Grado: _____
DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD: _____

Utiliza materiales ortoprotésicos: Sí No ¿Cuál/es?: _____

TRATAMIENTO

<input type="checkbox"/>	NO DEPENDO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS NI DE DISPOSITIVO O EQUIPOS EXTERNOS
<input type="checkbox"/>	DEPENDO DE TRATAMIENTO MÉDICO, DISPOSITIVO O EQUIPO MECÁNICO INTERNO O EXTERNO
<input type="checkbox"/>	DEPENDO DE TRATAMIENTO CON ATENCIÓN CONTÍNUA

RIESGOS

<input type="checkbox"/>	SIN RIESGOS
<input type="checkbox"/>	SOY PROPENSO A PADECER CRISIS (Ausencias, desmayos, convulsiones, comas, lipotimias, etc.)
<input type="checkbox"/>	MI DISCAPACIDAD PUEDE OCASIONARME PÉRDIDAS O TRASTORNOS DE EQUILIBRIO (Vértigo, etc.)

CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE

<input type="checkbox"/>	NINGÚN PROBLEMA AL DESPLAZARME
<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE ESTABILIDAD, ANDO SOLO
<input type="checkbox"/>	UTILIZO UN BASTÓN
<input type="checkbox"/>	APOYO PARA DESPLAZARSE
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

ESFUERZO

<input type="checkbox"/>	PUEDO MANIPULAR PESOS DE MÁS DE 25 KG
<input type="checkbox"/>	PUEDO MANIPULAR PESOS ENTRE 3 Y 25 KG
<input type="checkbox"/>	PUEDO MANIPULAR PESOS DE HASTA 3 KG
<input type="checkbox"/>	NO PUEDO REALIZAR NINGÚN ESFUERZO

EXPRESIÓN ORAL (una sola opción)

<input type="checkbox"/>	FLUIDEZ VERBAL NORMAL
<input type="checkbox"/>	HABLO CON DIFICULTAD, ME HAGO ENTENDER
<input type="checkbox"/>	NO VERBAL USO LENGUA DE SIGNOS
<input type="checkbox"/>	NO VERBAL UTILIZO OTRO SAAC

MUY IMPORTANTE: CONTINÚA AL DORSO

NIVEL DE VISIÓN

<input type="checkbox"/>	BUEN NIVEL
<input type="checkbox"/>	PÉRDIDA GRAVE (corregida con gafas)
<input type="checkbox"/>	PERSONA CIEGA

ACCESO A TRANSPORTE (varias opciones)

<input type="checkbox"/>	VEHÍCULO PARTICULAR NO ADAPTADO
<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO NO ADAPTADO
<input type="checkbox"/>	VEHÍCULO PARTICULAR ADAPTADO
<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE PÚBLICO ADAPTADO
<input type="checkbox"/>	NECESITO AYUDA PARA DESPLAZARME
<input type="checkbox"/>	NO PUEDO DESPLAZARME

CONDICIONES CONTRAINDICADAS PARA SU SALUD

(Puede marcar varias opciones)

<input type="checkbox"/>	TEMPERATURAS INTENSAS (FRÍO, CALOR)
<input type="checkbox"/>	ILUMINACIÓN ESCASA
<input type="checkbox"/>	ILUMINACIÓN INTENSA
<input type="checkbox"/>	RUIDO INTENSO
<input type="checkbox"/>	HUMEDAD
<input type="checkbox"/>	POLVO, POLEN, HUMOS, OTRAS SUSTANCIAS
<input type="checkbox"/>	ALERGIAS (especificar a qué): _____ _____ _____

POSTURA LABORAL

<input type="checkbox"/>	PUEDO ADOPTAR CUALQUIER POSTURA
<input type="checkbox"/>	DEBO PERMANECER SENTADO
<input type="checkbox"/>	PUEDO PERMANECER DE PIE
<input type="checkbox"/>	DEBO ALTERNAR POSTURAS

NIVEL AUDITIVO

<input type="checkbox"/>	BUEN NIVEL, NO NECESITO PRÓTESIS
<input type="checkbox"/>	CON PRÓTESIS OIGO BIEN
<input type="checkbox"/>	PERSONA SORDA, AUNQUE ME COMUNICO

DESTREZA MANUAL

<input type="checkbox"/>	NO TENGO NINGÚN PROBLEMA	<input type="checkbox"/>	AMBAS MANOS	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	LEVES DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS MANOS	<input type="checkbox"/>	AMBAS MANOS	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	GRAVES DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS MANOS	<input type="checkbox"/>	AMBAS MANOS	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA
<input type="checkbox"/>	NO PUEDO UTILIZAR LAS MANOS	<input type="checkbox"/>	AMBAS MANOS	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA

Carné de conducir Si No **Vehículo propio** Si No

EL ABAJO FIRMANTE**SOLICITA:**

- SER AFILIADO A LA FUNDACIÓN AFIM.
- SER INSCRITO EN LA ACTIVIDAD _____
- SER DADO DE ALTA EN EL SERVICIO DE _____

MANIFIESTA QUE:

- HA LEÍDO Y ACEPTA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE ADQUIERE AL AFILIARSE A LA FUNDACIÓN AFIM O ESTAR INSCRITO EN LA ACTIVIDAD O SERVICIO SOLICITADO.
- DA SU CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR INFORMACIÓN POR CUALQUIER MEDIO DE COMUNICACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE FUNDACIÓN AFIM.
- AUTORIZA A QUE SE CAPTE MATERIAL AUDIOVISUAL EN EL TRANSCURSO DE LAS ACTIVIDADES O SERVICIOS A LOS QUE ASISTA Y QUE ESTE SEA DIFUNDIDO POR LOS MEDIOS QUE FUNDACIÓN AFIM ESTIME OPORTUNOS.

DON/DÑA: _____ **CON DNI o NIE:** _____

EN CALIDAD DE: INTERESADO CURADOR GUARDA DE HECHO

Firma:

En _____ a _____ de _____ del 20 _____