



MINISTERIO
DE SANIDAD Y
POLITICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL DE
POLITICA SOCIAL Y
CONSUMO

INSTITUTO
DE MAYORES
Y SERVICIOS SOCIALES
SUBDIRECCIÓN GENERAL

EXPEDIENTE: 0126551/2010

0022126

Madrid, 25 de noviembre de 2009

Estimado/a Sr/Sra. :

Dentro de las actuaciones que el Instituto viene llevando a cabo para modernizar su gestión, de acuerdo con lo señalado en la Ley para el Acceso Electrónico a los Servicios Públicos, está la de ofrecer precumplimentadas, en lo posible, los impresos de solicitud de plaza para el Programa de Termalismo Social del IMSERSO a los solicitantes del año anterior.

Por ello, nos dirigimos a usted para que si está interesado en participar durante el año 2010 en el Programa, no tenga necesidad de cumplimentar una nueva solicitud, solamente deberá rellenar el impreso que se adjunta, de acuerdo con las instrucciones que figuran en el reverso de esta carta.

Por otra parte, le informo que, con objeto de facilitarle la cumplimentación de su petición de plaza, se ha sustituido el informe médico que en años anteriores tenía que solicitar a su médico, por una declaración responsable sobre su estado de salud **A REALIZAR POR EL PROPIO SOLICITANTE Y, en caso de solicitar plaza para el cónyuge, POR SU CÓNYUGE**. El modelo de declaración figura en el reverso del impreso que le adjunto.

Si cuando rellene la petición tiene alguna duda, estamos a su disposición en nuestras oficinas o en el teléfono **901 10 98 99**.

Usted puede entregar su petición en los mismos lugares en donde se depositaban las solicitudes el pasado año (Hogares de la Tercera Edad, Servicios Sociales de los Ayuntamientos y de las Comunidades Autónomas) o, si usted lo desea, **puede remitirla directamente al Programa de Termalismo Social (Apartado de Correos 14.005 - 28080 MADRID.)**

Finalmente le indico que, en la presente temporada se han aprobado los siguientes plazos de presentación de las solicitudes:

- Para los turnos de los meses de febrero hasta agosto, con prioridad en la adjudicación de las plazas: el plazo terminará el **día 15 de enero de 2010**. En caso de que Vd. no haya presentado su solicitud en el plazo indicado y si lo haga antes del día 16 de mayo de 2010, su solicitud será admitida, figurando, en el orden que corresponda según su valoración, en la "Lista de Espera de Plazas".
- Para los turnos de los meses de septiembre hasta diciembre, con prioridad en la adjudicación de las plazas: el plazo terminará el **día 17 de mayo de 2010**. En caso de que Vd. no haya presentado su solicitud en el plazo indicado y si lo haga antes del día 31 de octubre de 2010, su solicitud será admitida, figurando, en el orden que corresponda según su valoración, en la "Lista de Espera de Plazas".

Reciba un cordial saludo,

Fdo.: María Angeles Aguado Sánchez
Subdirectora General de Gestión

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL SOLICITANTE DE LA PLAZA

con NIF número

D. /Dña.

DECLARO RESPONSABLEMENTE

- Que: me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (Indicar "SI" o "NO")
- Que: presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en un Centro Residencial (Indicar "SI" o "NO")
- Que: padezco enfermedad infecto contagiosa (Indicar "SI" o "NO")

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad:

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

- a) Reumatológico b) Respiratorio c) Digestivo
- d) Renal y vías urinarias e) Dermatológico f) Neuropsíquico

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

- a) Cadera o rodilla b) Columna c) Hombro
- d) Muñeca o mano e) Codo f) Tobillo o pie

Que tengo o padezco:

- a) Dificultades para moverme b) Dolor c) Deformidad d) Rigidez

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de:

- a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.) Número recaídas en los últimos doce meses

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

- a) Ingresos en el hospital en el último año b) que tomar más de dos medicamentos diariamente c) muchos síntomas d) que tomar oxígeno diariamente.

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

- Que acepto que el IMSERSO verifique los datos económicos reflejados en la presente solicitud con los que obran en la Administración y en la Seguridad Social.

a de de 20
Firma

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CÓNYUGE (rellenar, por el cónyuge, si se solicita plaza para él)

con NIF número

E. /Dña.

DECLARO RESPONSABLEMENTE

- Que: me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (Indicar "SI" o "NO")
- Que: presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en un Centro Residencial (Indicar "SI" o "NO")
- Que: padezco enfermedad infecto contagiosa (Indicar "SI" o "NO")

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad:

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

- a) Reumatológico b) Respiratorio c) Digestivo
- d) Renal y vías urinarias e) Dermatológico f) Neuropsíquico

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

- a) Cadera o rodilla b) Columna c) Hombro
- d) Muñeca o mano e) Codo f) Tobillo o pie

Que tengo o padezco:

- a) Dificultades para moverme b) Dolor c) Deformidad d) Rigidez

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de:

- a) Vías respiratorias altas (faringsitis, sinusitis, etc.) b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc.) Número recaídas en los últimos doce meses

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

- a) Ingresos en el hospital en el último año b) que tomar más de dos medicamentos diariamente c) muchos síntomas d) que tomar oxígeno diariamente.

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

Firma