

ANEXO VII – FICHA DEL SOLICITANTE

N.º de expediente	
-------------------	--

1. Datos personales del solicitante:

Nombre		Apellidos	
DNI/NIE		Fecha nacimiento	
Domicilio		Localidad (Provincia)	
Código Postal		Correo electrónico	
Teléfono			

2. Condición del solicitante:

Personal retirado.
 Cónyuge viudo/a.
 Huérfano/a.

3. Situación laboral del solicitante:

Estudiante. Nivel de estudios _____
 Empleado
 Pensionista.
 Desempleado.
 Sin ocupación.
 Otros (especificar) _____

4. Situación económica del solicitante:

Entidad pagadora (Tipo de pensión, nómina, SEPE u otros.) Especificar.	Cantidad
	€/mes
	€/mes
	€/mes
	€/mes

5. Situación de convivencia del solicitante:

- Reside de forma temporal o permanente en un centro. Especificar _____
- Reside solo/a.
- Reside de forma itinerante en varios domicilios.
- Convive de manera habitual con:

-Nombre: _____

-Apellidos: _____

-DNI: _____

-Edad: _____

-Relación o parentesco: _____

-Grado de Discapacidad o Grado Dependencia, si existe (Especificar): _____

-Situación económica(pensión, nómina, prestación...) (Especificar tipo y cuantía):

_____ €/mes

Otros convivientes (en su caso, aportar los mismos datos personales que en el apartado anterior de cada uno de los miembros que forman la Unidad de Convivencia)

6. Apoyos que recibe:

<input type="checkbox"/>	Recibe apoyo familiar regularmente. Especificar _____
<input type="checkbox"/>	Recibe apoyo vecinal regularmente.
<input type="checkbox"/>	Recibe apoyo esporádico. Especificar _____
<input type="checkbox"/>	No recibe apoyo.

7. Situación de la vivienda del solicitante:

A. Régimen de tenencia:

<input type="checkbox"/>	Propiedad sin hipoteca.
<input type="checkbox"/>	Propiedad con hipoteca (_____ €/mes).
<input type="checkbox"/>	Alquiler (_____ €/mes).
<input type="checkbox"/>	Vivienda compartida (_____ €/mes)
<input type="checkbox"/>	Usufructo.
<input type="checkbox"/>	Familiares.
<input type="checkbox"/>	Institución (residencia, hospital, piso tutelado...) (_____ €/mes).
<input type="checkbox"/>	Sin hogar.
<input type="checkbox"/>	Ocupación.
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar): _____

B. Condiciones de la vivienda:

Condiciones de habitabilidad	SI	NO
Buenas		
Adecuadas		
Malas		
Condiciones de la vivienda		
Barreras arquitectónicas		
Ascensor		
Electrodomésticos		
Agua caliente		
Calefacción		
Baño accesible		

8. Apoyos institucionales que recibe el solicitante:

Servicio/Centro	Cantidad
Teleasistencia	€/mes
Ayuda a domicilio	€/mes
Centro de día	€/mes
Centro ocupacional	€/mes
Residencia	€/mes
Otros (especificar)	€/mes

9. Situación de salud actual del solicitante:

- Presenta problemas de salud de carácter permanente o crónico.
- Presenta algún tipo de discapacidad _____%
- Presenta Grado de Dependencia. Especificar Grado _____

10. Necesidades actuales del solicitante:

Tratamiento	Cantidad
Farmacológico	€/mes
Psicoterapéutico	€/mes
Rehabilitación	€/mes
Ayudas técnicas	€/mes
Cuidados de enfermería	€/mes
Otros (especificar)	€/mes

11. Situación de dependencia del solicitante:

- Independiente.
- Necesita ayuda parcial o limitada. Especificar _____
- Necesita ayuda total. Especificar _____

12. Otros datos de interés que deseen aportar para que se tengan en cuenta en la solicitud:

13. Yo _____ con DNI/NIE _____ y domicilio en _____, declaro bajo juramento que todos los datos aportados a Cáritas Castrense son ciertos, y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración en:

_____, a ____ de ____ de 2024

Firmado

IMPORTANTE: Este documento está sujeto al consentimiento LOPD/RGPD firmado por usted al solicitar la atención a Cáritas Castrense.