



ACTUACIONES DE TURISMO Y TERMALISMO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - CONVOCATORIA DEL IMSERSO 2025 PARA ACTUACIONES 2026

FICHA-SOLICITUD AUTORRELLENABLE. COMPLETAR ONLINE (OBLIGATORIO COMPLETAR TODOS LOS APARTADOS)

1. DATOS DE LA ACTUACIÓN (Cumplímense sólo la actuación elegida)

Vacaciones y turismo naturaleza Termalismo
Localidad y provincia del turno o los turnos solicitados (*): _____
Fecha de dicho/s turno/s (*): _____
*Indicar todos los turnos deseados. **Podrán solicitar cuantos turnos deseen.**

2. DATO DEL/LA SOLICITANTE

Apellidos y nombre: _____ D.N.I.: _____
F. Nacimiento: ___/___/___ Sexo: _____ Tlf.: _____ Tlf. Móvil: _____
Dirección correo electrónico: _____

3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/GUARDADOR DE HECHO

Apellidos y nombre: _____
Relación con el representante: _____ D.N.I.: _____
Domicilio: _____
Tlf.: _____ Localidad y provincia: _____

4. ACOMPAÑANTE (Persona mayor de dieciséis años que ayuda durante el viaje a la persona solicitante en las actividades de la vida diaria)

Apellidos y nombre: _____ Relación con solicitante: _____
D.N.I.: _____ Tlf.: _____ Dirección correo electrónico: _____

5. DATOS DE LA DISCAPACIDAD (Cumplimentar todas las casillas necesarias)

Grado de discapacidad: ____%
Tipo de discapacidad: Física Intelectual Sensorial Mixta Enfermedad mental
¿Utiliza silla de ruedas? No Sí Manual Eléctrica
Otras necesidades de apoyo: _____

6. DATOS DE FAMILIA NUMEROSA DE EL/LA SOLICITANTE

¿Es miembro de familia numerosa?: No Sí Familia categoría general: Familia categoría especial:

7. DATOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA (U.E.C.) de la/el solicitante)

Indicar cuantía en el caso de familias con ingresos anuales iguales o inferiores a 10.875,90 € (total ingresos de la unidad familiar de convivencia):	Indicar ingresos económicos personales anuales iguales o inferiores a 10.875,90 € (en caso de que viva independiente):
*Adjuntar copia última declaración IRPF	

8. PROHIBICIÓN DE SUBVENCIÓN/PLAZA EN MÁS DE UN TURNO POR CONVOCATORIA: Entre el 01/11/2025 y el 31/10/2026. Ningún beneficiario podrá viajar con subvención de plaza en más de un turno (ni con la misma entidad ni con otra subvencionada en la convocatoria 2025)

¿Participó en la convocatoria 2024 (del 01/11/2024 al 31/10/2025)?:

No Sí Fecha en la que participó: _____ Entidad con la que viajó: _____

Tipo de actuación en la que participó: Vacaciones Termalismo

9. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

<p><u>Funciones o sentido afectados</u></p> Tiene afectada la vista <input type="checkbox"/> Tiene afectado el oído <input type="checkbox"/> Tiene afectado el habla <input type="checkbox"/> Tiene afectados los brazos <input type="checkbox"/> Tiene afectadas las piernas <input type="checkbox"/> Apnea del sueño (CEPAP) <input type="checkbox"/>	<p><u>Necesidades apoyo en el viaje</u></p> Controla esfínteres (día/noche) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para ducharse <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para uso W.C. <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para vestirse <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para comer <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para deambular <input type="checkbox"/> Necesita régimen alimenticio <input type="checkbox"/>	<p><u>Medida de la Silla Alto/Ancho/Largo/peso</u></p> Ancho _____ Alto _____ Largo _____ kg _____
<p><u>Movilidad y ayudas técnicas en el viaje</u></p> Utiliza andador <input type="checkbox"/> Utiliza aparato ortopédico <input type="checkbox"/> Utiliza silla de ruedas manual <input type="checkbox"/> Utiliza manual anclada <input type="checkbox"/> Utiliza silla de ruedas eléctrica <input type="checkbox"/> Utiliza silla de ruedas eléctrica (batería de gel) <input type="checkbox"/> Utiliza silla de ruedas eléctrica (batería de litio) <input type="checkbox"/> Utiliza scooter <input type="checkbox"/> Bastones <input type="checkbox"/>	<p><u>Estado de salud en general</u></p> Alergias <input type="checkbox"/> Utiliza sonda <input type="checkbox"/> Padece mareos <input type="checkbox"/> Toma medicación <input type="checkbox"/> Se levanta de la silla <input type="checkbox"/>	<p><u>Indicar si procede:</u></p> Alergias:..... Medicación:.....

La persona acepta las condiciones del viaje de este modelo y las instrucciones del Anexo I.

_____ a _____ de _____ de 2026

(Firma del/la solicitante, o en su caso, del representante legal, o del guardador de hecho)

Datos a rellenar por la Entidad

Entidad subvencionada: COCEMFE	Entidad ejecutante del turno: COCEMFE	Nº de Turno: _____
Importe total Cuota participación beneficiario/acompañante: _____ €		
% sobre el coste/plaza/día: (entre el 20 y el 60 por 100 del coste/plaza): _____ %		
Descuento por familia numerosa: General: _____ € Especial: _____ €		
Descuentos por recursos U.E.C. (-80% sobre cuota de participación): _____ €		

Actuación cofinanciada por el IMSERSO y por Fundación Once



Al firmar la presente solicitud usted acepta expresamente que sus datos de carácter personal sean recogidos y tratados para el programa de turismo y termalismo de COCEMFE, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de los mismos y con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas. COCEMFE solo tratara sus datos personales contenidos en la presente solicitud para la finalidad de gestión del programa de turismo y termalismo, comprometiéndose a protegerlos y a guardar la confidencialidad de los mismos. Puede ampliar información sobre los tratamientos de datos efectuados por COCEMFE en el siguiente enlace: <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2019/01/REGISTRO-ACTIVIDADES-COCEMFE-WEB.pdf>; Usted tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación, oposición y portabilidad de manera gratuita mediante correo electrónico a: derechoslopd@cocemfe.es indicando, en su caso, la dirección de correo desde la cual se emite la información que desea dejar de recibir así como su nombre apellidos, razón social y CIF, o bien en la dirección: COCEMFE, C/ Luis Cabrera, 63 – 28002 Madrid. Sin perjuicio de cualquier otro recurso administrativo o acción judicial, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), si considera que el tratamiento de datos personales que le conciernen infringe la normativa de protección de datos.