

ANEXO VII – FICHA DEL SOLICITANTE

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

1. Datos personales del solicitante:

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

2. Condición del solicitante:

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

3. Situación laboral del solicitante:

- Estudiante.
 Empleado
 Pensionista.
 Desempleado.
 Sin ocupación.
 Otros (especificar).

4. Situación económica del solicitante:

Entidad pagadora (pensión, nómina, SEPE)	Cantidad
	€/mes
	€/mes
	€/mes
	€/mes

5. Situación de convivencia del solicitante:

- Reside de forma temporal o permanente en un centro.
- 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 Dependencia

Situación económica(pensión, nómina ayuda...)

€/mes

Otros convivientes (en su caso):

6. Apoyos que recibe:

- Recibe apoyo familiar regularmente.
- Recibe apoyo vecinal regularmente.
- Recibe apoyo esporádico
- No recibe apoyo.

7. Situación de la vivienda del solicitante:

A. Régimen de tenencia:

- Propiedad sin hipoteca.
 Propiedad con hipoteca (€/mes).
 Alquiler (€/mes).
 Vivienda compartida (€/mes)
 Usufructo
 Familiares.
 Institución (residencia, hospital, piso tutelado...) (€/mes).
 Sin hogar.
 Otros (especificar):

B. Condiciones de la vivienda:

Condiciones de la vivienda	Sí	No
Barreras arquitectónicas		
Ascensor		
Electrodomésticos		
Agua caliente		
Calefacción		
Baño accesible		
Ventilación		

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 (__%) o grado de dependencia ()

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 2023

Firmado

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