



Entrada n° \_\_\_\_\_  
Día de Entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Hora de Entrada: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Día de Entrega \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Hora de Entrega: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Vía: \_\_\_\_\_

## Solicitud de Acceso al Programa de Alojamiento Temporal Autrade

### DATOS PERSONALES DEL USUARIO (1)

Nombre (a): \_\_\_\_\_ Apellidos(a): \_\_\_\_\_  
DNI (a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento(a): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Y en su nombre (b): \_\_\_\_\_ con DNI b): \_\_\_\_\_  
Domicilio en (c): \_\_\_\_\_ C.P. (c): \_\_\_\_\_  
Localidad (c): \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**SOLICITAN (2):** Se admita el usuario citado en el Programa de Alojamiento Temporal desde la fecha \_\_\_\_\_ hora de llegada \_\_\_\_\_ hasta la fecha \_\_\_\_\_ hora de recogida \_\_\_\_\_ en la modalidad de:

### MODALIDADES (3):

Estancia corta                       Estancia Media                       Emergencia

### DOCUMENTACIÓN NECESARIA (4):

- Fotocopia del DNI compulsada.
- Fotocopia de documentación que acredite que el usuario posee Trastorno de Espectro Autista.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Compulsada.

(Aquellos usuarios que entregaron con anterioridad dicha documentación, no es necesario que se entregue de nuevo).

**Fdo.: Padre, Madre o Tutor/ a (4)**

**Sello de la Asociación**

Conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales han sido incorporados a un fichero denominado ACTIVIDADES, del que es responsable AUTRADE cuya finalidad es la gestión Integral de la actividad de la Asociación

.Los datos serán utilizados para los fines antes señalados y no serán cedidos a terceras personas. Si desea ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, podrá dirigirse por escrito a la siguiente dirección:

CL. SANTA Mª DE ALARCOS, S/N – 13004 CIUDAD REAL.

C/Santa María de Alarcos s/n – 13004 CIUDAD REAL – Apartado de Correos 485 – tle/Fax: 926 25 42 59  
e – mail: autrade@terra.es

Ins. En el Reg. Provincial de Asociaciones con el n° 1.822 – Sección 1º y en el Reg. Gral. De Asociaciones con el n° 8.742  
CIF G-13246384

## **INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA SOLICITUD**

### **(1) DATOS PERSONALES:**

- (a) Se especificarán los datos del usuario que se alojará en el Programa de Alojamiento Temporal, Nombre, Apellidos, DNI y fecha de nacimiento.
- (b) Se especificará el nombre y apellidos del padre, madre o tutor del usuario así como el DNI.
- (c) Se especificará la residencia actual del usuario.

### **(2) SOLICITAN:**

Se deberá especificar el periodo de tiempo en el cual se alojará el usuario, es decir, la hora, el día, el mes y el año de entrada y la hora, el día, el mes y el año de salida, así como el motivo por el cual se solicita el recurso (vacaciones, trabajo...)

### **(3) MODALIDADES:**

- Estancia corta: fines de semana (viernes, sábado y domingo).
- Estancia media: 4-5 días de duración (periodos vacacionales de verano, puentes, navidades, Semana Santa)
- Emergencias (6): Hospitalización o acontecimientos familiares relevantes.

### **(4) DOCUMENTACIÓN NECESARIA:**

- Se deberá adjuntar en el momento de entrega de la solicitud una fotocopia del DNI, de la Tarjeta Sanitaria, y un documento que acredite que el usuario que se beneficie del Programa de Alojamiento Temporal esté diagnosticado de Trastorno de Espectro Autista.

## **NORMAS DE FUNCIONAMIENTO**

### **CRITERIOS DE ADMISIÓN**

1. Estar diagnosticado de Trastorno de Espectro Autista.
2. Estar empadronado en alguna de las provincias de Castilla – La Mancha.
3. Quedarán excluidas aquellas personas diagnosticadas de una enfermedad infecto-contagiosa y aquellas que necesiten asistencia médica continuada.
4. En caso de no tener la condición legal de minusválido reconocida, el comprobante de haber presentado la solicitud de reconocimiento de tal condición será requisito imprescindible para solicitar una estancia.
5. Cada usuario no tiene límite a la hora de pedir estancias, excepto los meses de julio y agosto, quedando estas plazas limitadas a una estancia media o dos fines de semana (por mes).
6. La modalidad de Emergencia se podrá solicitar sólo y exclusivamente cuando sucedan los siguientes casos que se enumeran a continuación, quedando cualquier otro motivo fuera de los criterios de inclusión:

- Hospitalizaciones de Urgencia:

El alta hospitalaria sería causa de baja del usuario que se beneficia del Programa de Alojamiento Temporal.

- Fallecimiento de uno de los cuidadores principales:

Se contemplará si el fallecido tenía parentesco con el beneficiario, en primer o segundo grado de consanguinidad. Los tiempos máximos de estancia debido a esta razón serán como máximo de 3 días para aquellas familias que vivan en Ciudad Real ó cualquier otra localidad de la provincia, y de 5 días para aquellas familias que residan en otras Provincias de Castilla – La Mancha.

- Hospitalizaciones Programadas.

El alta hospitalaria sería causa de baja del usuario que se beneficia del Programa de Alojamiento Temporal.

- Cambios de domicilio habitual (mudanzas).

Se otorgarán 2 días de estancia, como máximo.

7. Para las modalidades de Estancia Corta y Estancia Media, los familiares deben hacer sus peticiones con una semana de antelación a la fecha de inicio de la estancia interesada. La inobservancia de este plazo podrá dar lugar a la denegación de las fechas solicitadas.

8. En el caso de que las plazas totales del Programa de Alojamiento Temporal estuvieran cubiertas, existe un protocolo, en el cual se establecen aspectos prioritarios para valorar la solicitud al servicio.