



Ficha de DATOS PERSONALES

Asociación AFANIAS

Personas cuyos datos recoge este documento	Nombre y Apellidos	Relación con la persona con discapacidad
Persona con Discapacidad		
Familiar 1		
Familiar 2		
Familiar 3 u otros (tutor, fundación tutelar...)		

CENTRO/SERVICIO de entrega: _____

IMPORTANTE rellenar todos los campos que aparecen y hacerlo en mayúscula. Observe que algunos campos tiene la indicación "Ver (1), (2) o (3)" para rellenarlos correctamente.

SOCIO o FAMILIAR 1

(entregar tantas fichas como personas componen la unidad familiar)

SOCIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Nº SOCIO		Fecha Alta ___ / ___ / ___	
NOMBRE		APELLIDOS			
DIRECCIÓN	C/Plz/Avd.	Nº	Planta	Puerta	C.P:
Localidad	Provincia	País	DNI/Pasaporte		
Teléfono Móvil	Teléfono Casa	Teléfono Trabajo			
Email Particular	Email Trabajo		Autorizo envío de información por correo electrónico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Fecha Nacimiento ___ / ___ / ___	Nacionalidad		Estado Civil		
Discapacidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		Profesión		
Nivel Salarial (Mensual)	<input type="checkbox"/> Menos de 1000 €/mes		<input type="checkbox"/> Entre 1000 y 1500 €/mes		<input type="checkbox"/> Entre 1500 y 2000 €/mes
	<input type="checkbox"/> Entre 2000 y 3000 €/mes		<input type="checkbox"/> Más de 3000 €/mes		
Nivel Económico (Anual)	<input type="checkbox"/> Menos de 15000 €/año		<input type="checkbox"/> Entre 15000 y 22500 €/año		
	<input type="checkbox"/> Entre 22500 € y 32500 €/año		<input type="checkbox"/> Más de 32500		
Nivel Educativo	<input type="checkbox"/> Primaria		<input type="checkbox"/> E. Secundarios (Bachillerato, FP, otros)		
	<input type="checkbox"/> E. Universitarios Grado Medio		<input type="checkbox"/> E. Universitarios Grado Superior <input type="checkbox"/> Postgrado / Doctor		
Expectativas. Ver (2) (recursos o servicios que espera recibir de la asociación)					
Nombre EMPRESA			Actividad. Ver (1)		
Dirección	C/Plz/Avda...			Código Postal	
Localidad	Provincia	País	CIF		
Departamento			Cargo		
Email empresa:		Centralita: Fax:		Web	



Ficha de DATOS PERSONALES

SOCIO o FAMILIAR 2

SOCIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Nº SOCIO		Fecha Alta ___ / ___ / ___			
NOMBRE		APELLIDOS					
DIRECCIÓN	C/Plz/Avd.		Nº	Planta	Puerta	C.P:	
Localidad	Provincia	País		DNI/Pasaporte			
Teléfono Móvil		Teléfono Casa		Teléfono Trabajo			
Email Particular		Email Trabajo		Autorizo envío de información por correo electrónico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Fecha Nacimiento ___ / ___ / ___		Nacionalidad		Estado Civil			
Discapacidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		Profesión			
Nivel Salarial (Mensual)		<input type="checkbox"/> Menos de 1000 €/mes		<input type="checkbox"/> Entre 1000 y 1500 €/mes		<input type="checkbox"/> Entre 1500 y 2000 €/mes	
		<input type="checkbox"/> Entre 2000 y 3000 €/mes		<input type="checkbox"/> Más de 3000 €/mes			
Nivel Económico (Anual)		<input type="checkbox"/> Menos de 15000 €/año		<input type="checkbox"/> Entre 15000 y 22500 €/año			
		<input type="checkbox"/> Entre 22500 € y 32500 €/año		<input type="checkbox"/> Más de 32500			
Nivel Educativo		<input type="checkbox"/> Primaria		<input type="checkbox"/> E. Secundarios (Bachillerato, FP, otros)			
		<input type="checkbox"/> E. Universitarios Grado Medio		<input type="checkbox"/> E. Universitarios Grado Superior		<input type="checkbox"/> Postgrado / Doctor	
Expectativas (ver 2) (recursos o servicios que espera recibir de la asociación)							
Nombre EMPRESA			Actividad. Ver (1)				
Dirección	C/Plz/Avda...			Código Postal			
Localidad	Provincia	País		CIF			
Departamento			Cargo				
Email empresa:			Centralita: Fax:		Web		

OBSERVACIONES



Ficha de DATOS PERSONALES

PERSONA CON DISCAPACIDAD

(entregar tantas fichas como personas con discapacidad estén atendidas)

SOCIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Nº SOCIO: _____		Fecha de Alta ___ / ___ / ___		
NOMBRE			APELLIDOS			
DIRECCIÓN	C/Plz/Avd.		Nº	Planta	Puerta	C.P:
Localidad	Provincia		País		DNI/Pasaporte	
Teléfono Móvil		Teléfono Casa		Email Particular		
Fecha Nacimiento ___ / ___ / ___		Nacionalidad		Estado Civil		
Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		Nº Seguridad Social		Profesión		
Capacidad de Obrar (incapacitación legal): <input type="checkbox"/> Nula/Tutela <input type="checkbox"/> Parcial/Curatela <input type="checkbox"/> Plena						
APOYOS y SERVICIOS						
CENTRO/SERVICIO de AFANIAS 1º			Apoyo o Servicio. Ver (2)			
CENTRO/SERVICIO de AFANIAS 2º			Apoyo o Servicio. Ver (2)			
CENTRO/SERVICIO de AFANIAS 3º			Apoyo o Servicio. Ver (2)			
Otra entidad a la que estoy vinculado:			Servicios que recibo. Ver (2)			
Expectativas. Ver (2) (recursos o servicios que espera recibir de la asociación)						
VIVIENDA						
Tipo Vivienda en el que reside: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Vivienda Unifamiliar						
Régimen de la Vivienda: <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Alquiler compartido <input type="checkbox"/> Propiedad compartido						
DISCAPACIDAD. Señale los datos reflejados en el Certificado de Discapacidad.						
Grado ___ % (tanto x ciento) <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Revisable		Dictamen Técnico Facultativo <input type="checkbox"/> PSÍQUICA Intelectual <input type="checkbox"/> PSÍQUICA Enfermedad Mental <input type="checkbox"/> SENSORIAL Visual <input type="checkbox"/> SENSORIAL Auditiva <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> OTRA (indicar):				
Diagnóstico						
DEPENDENCIA						
Grado de DEPENDENCIA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III		Plan Individual de Atención (PIA). Ver (3): Indique CLAVE de los servicios reconocidos.				



Ficha de DATOS PERSONALES

(1) Actividad de la Empresa.

AGRICULTURA, ALIMENTACIÓN, RECURS. NAT
ARQUITECTURA Y CONSTRUCCIÓN
ARTES, TÉCNICAS AUDIOVISUALES, COMUNICAC.
CIENCIA, TECNOLOGÍA, INGENIERÍA
CIENCIAS DE LA SALUD
EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
FINANZAS
GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
HOSTELERÍA Y TURISMO
INFORMÁTICA
MANUFACTURAS
MÁRKETING Y VENTAS
NEGOCIOS, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN
SERVICIOS LEGALES Y SEG. PÚBLICA
SERVICIOS SOCIALES Y PERSONALES
TRANSPORTE. DISTRIBUCIÓN Y LOGÍSTICA

(2) Tipos de Apoyo // Expectativas

- EDUCACIÓN
- CENTRO OCUPACIONAL
- RESIDENCIA
- CENTRO DE DIA
- PRIMER EMPLEO
- EMPLEO
- VIDA INDEPENDIENTE
- OCIO
- CULTURA
- SERVICIO DE ATENCIÓN AL SOCIO
- ATENCIÓN TEMPRANA
- OTROS

(3) DEPENDENCIA: Plan Individual de Apoyos (PIA)

CLAVE	01- CENTRO DE DIA
	02- CENTRO RESIDENCIAL
	03- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO NO INTENSIVO
	04- SERVICIO AYUDA A DOMICILIO INTENSIVO
	05- SERVICIO TELEASISTENCIA
	06- PRESTACION ASISTENCIA PERSONAL
	07- PRESTACION CUIDADOS ENTORNO FAMILIAR
	08- PRESTACION VINCULADA AL SERVICIO

En _____, a ____ de _____ de 201_

NOMBRE	DNI	FIRMA
Fdo. D/Dña		
Fdo. D/Dña		
Fdo. D/Dña		
Fdo. D/Dña		



De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, y en especial en el Reglamento UE 2016/679 RGPD) le informamos que sus datos, incluidos los referidos a la salud y/o discapacidad del interesado, serán tratados por parte de AFANIAS (Responsable del Tratamiento), con C.I.F.G-28303790 y domicilio social sito en C/ Bravo Murillo, nº 101, 3º, 28020-Madrid, con la finalidad de prestar al interesado los servicios consistentes en:

- Gestión de los fines de la Asociación
- Gestión administrativa de la Asociación
- Prestación de servicios contratados

Los anteriores tratamientos de datos se encuentran legitimados en base al artículo 6.1.a) RGPD al existir consentimiento del interesado que se manifiesta mediante la firma del presente documento; al artículo 6.1.b) RGPD, al basarse en el cumplimiento de una relación contractual, así como al artículo 6.1.f) RGPD, al existir un interés legítimo por parte del Responsable del Tratamiento.

En cuanto a los datos de salud, su tratamiento se justifica en base al artículo 9.2.a), al haber otorgado el interesado o su representante legal su consentimiento explícito, que se concreta mediante la firma del presente documento.

Los datos tratados serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con la finalidad/es antes citadas así como durante el plazo de vigencia de obligaciones legales.

El Responsable del Tratamiento llevará a cabo un tratamiento de forma lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que se garantiza la seguridad de los datos mediante la adopción de medidas técnicas y organizativas que permitan la integridad de los mismos y el ejercicio de los derechos que asisten a los interesados.

En este sentido, los interesados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como al consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba. Asimismo se informa al interesado de su derecho a revocar, en su caso, el consentimiento para el tratamiento indicado, por los mismos canales expresados con anterioridad, y de la posibilidad de presentar reclamación ante la AGPD en caso de entender que se han vulnerado sus derechos.

Los datos personales tratados no serán objeto de comunicación a terceros, salvo que resulte necesario para la prestación del servicio, para el cumplimiento de una obligación legalmente establecida, o en caso de que el interesado otorgue su consentimiento.

SÍ, CONSIENTO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DESCRITO

Fdo_____

DNI_____

En calidad de_____

Fecha_____