

**PROGRAMA DE TERMALISMO PARA COGITIAR EN COLABORACIÓN CON EL BALNEARIO
SERÓN DE JARABA**

PROGRAMA JULIO 2019

Las estancias son en régimen de pensión completa en habitaciones dobles con baño, calefacción, teléfono y televisión. Incluyen vino y agua mineral de nuestros manantiales en las comidas. El servicio de desayuno, comidas y cenas, se realiza en restaurante buffet libre.

Las personas que no dispongan de albornoz para los tratamientos, podrán alquilarlo en el Balneario. Su precio es de 8 euros para todo el turno

La duración de la estancia será de **DOCE** días (**ONCE** pensiones completas **más la comida de salida**)

FECHAS Y PRECIOS PARA PENSIONISTAS

FECHA DEL TURNO:	DEL 08 AL 19 DE JULIO
PRECIO POR PERSONA:	434 € EN HAB. DOBLE. -Incluye la comida día de salida-
SUPLEMENTO H. IDV.:	165 € TODO EL TURNO
TRATAMIENTO TERMAL:	INCLUIDO EN EL PRECIO
TRANSPORTE:	30 € IDA Y VUELTA -MÍNIMO 20 PERSONAS-
NIÑOS:	PRIMER NIÑO GRATIS. SEGUNDO NIÑO 25 €/NOCHE

FECHAS Y PRECIOS PARA NO PENSIONISTAS

FECHA DEL TURNO:	DEL 08 AL 19 DE JULIO
PRECIO POR PERSONA:	575 € EN HAB. DOBLE. -Incluye la comida día de salida- 630 € EN HAB. INDIVIDUAL. -Incluye la comida día de salida-
TRATAMIENTO TERMAL:	INCLUIDO EN EL PRECIO
NIÑOS:	PRIMER NIÑO GRATIS. SEGUNDO NIÑO 25 €/NOCHE
TRANSPORTE:	30 € IDA Y VUELTA -MÍNIMO 20 PERSONAS-

El transporte está pensado para un mínimo de 18 / 20 personas

TRATAMIENTO TERMAL INCLUIDO

El programa de Termalismo, incluye los tratamientos termales básicos, vista médica de prescripción de tratamientos, la realización de los mismos y su posterior seguimiento.

El balneario SERÓN dispone para la realización del tratamiento técnicas como: La cura hidropínica -Agua Mineromedicinal en bebida que favorecer la diuresis-. Baños termales, Baños de burbujas, Chorros termales, Ducha circular, Inhalaciones, Aerosoles, Piscina activa. **-CUATRO técnicas diarias más el agua en bebida que se toman diariamente bajo prescripción médica y según afección a tratar-**

El programa para pensionistas está pensado para rellenar plazas no ocupadas del programa del Imsero. Así pues, las personas interesadas deberán rellenar la solicitud de dicho programa y cumplir las especificaciones del mismo:

- Ser pensionista del Sistema de la Seguridad Social, por los conceptos de jubilación o invalidez, en todo caso, y por el concepto de viudedad o de otras pensiones únicamente cuando el solicitante haya cumplido los sesenta años.
- Y en este caso, concreto, no haber disfrutado este año ya, de un turno en algún otro balneario con el Imsero.

El solicitante puede ir acompañado de su cónyuge, para el que no se exigen los requisitos de pensión y edad.

Las solicitudes debidamente cumplimentadas, deberán entregarse en las oficinas del Colegio antes del 15 de junio para ser enviadas al Balneario y tramitarlas todas juntas para la fecha concertada.

VºBº
El Decano
ENRIQUE ZARO GIMÉNEZ

MIGUEL CERVERA MONZÓ
Secretario



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



Espacio reservado para el sello del registro

SOLICITUD DE PLAZA EN TURNOS DEL PROGRAMA DE TERMALISMO SOCIAL

1. Apellidos del solicitante (en matrimonios indicar el cónyuge que percibe la pensión, en caso que solo uno la perciba)			2. Nombre de la persona solicitante		
3. Sexo de la persona solicitante	4. Estado Civil de la persona solicitante		5. Nº del NIF del solicitante	6. Fecha de nacimiento del solicitante	
			-	Día	Mes
					Año
7. Domicilio (calle, número, escalera y piso)			8. Nº del teléfono	9. Nº del teléfono móvil	
10. Nº del FAX	11. Localidad del domicilio				12. Cód. Postal
13. Provincia del domicilio			14. Correo electrónico		
15. Apellidos del cónyuge			16. Nombre del cónyuge		
17. Sexo del cónyuge	18. Nº del NIF del cónyuge	19. Fecha de nacimiento del cónyuge			
		-	Día	Mes	Año
20. FAMILIAS NUMEROSAS.- Tipo de familia numerosa			21. FAMILIAS NUMEROSAS.- NUMERO DE CARNET EN VIGOR		

Si Vd. desea se valore su pertenencia a Familia Numerosa, deberá adjuntar, junto con la solicitud, una fotocopia del Carnet de Familia Numerosa vigente

22. Complimentar solo en el supuesto de que quiera unir su solicitud a la de otra persona

Apellidos de la persona titular de la otra solicitud	Nombre de la persona titular de la otra solicitud
Nº NIF de la persona titular de la otra solicitud	

Para unir la solicitud a la de otra persona, la otra persona debe cumplimentar igualmente su solicitud e indicar que también ella quiere unir su solicitud a la de Vd. Asimismo, deberá pedir los mismos balnearios y meses que Vd. y por el mismo orden de preferencia.

23. BALNEARIOS SOLICITADOS POR ORDEN DE PREFERENCIA

1.º	BALNEARIO SERÓN	2.º	
3.º		4.º	

Vd. puede señalar hasta cuatro balnearios concretos o bien hasta cuatro Comunidades Autónomas, entendiéndose, en este caso, que opta a todos los balnearios existentes en dichas Comunidades. Igualmente, puede combinar en su elección balnearios concretos y Comunidades Autónomas.

24. ¿Para quién solicita las plazas?:

Solo para la persona solicitante	Solo para el cónyuge	Para ambos cónyuges
----------------------------------	----------------------	---------------------

25. TIPO DE TURNO SOLICITADO

Turno de 12 días de duración	Turno de 10 días de duración	Sin preferencia en la duración
------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Vd. puede optar a un turno de 12 días, o a un turno de 10 días o señalar sin preferencia. En el caso de no señalar nada se entenderá que opta a un turno de 12 días.

26. MESES EN QUE DESEA DISFRUTAR DE PLAZA (Si el turno se desarrolla durante días de 2 meses, se considera que pertenece al mes en que transcurran mas días del turno)

1.º	2.º	3.º	4.º
-----	-----	-----	-----

Vd. puede señalar hasta cuatro meses concretos o bien indicar "SIN PREFERENCIA". Igualmente, puede combinar meses concretos y, como última opción, "SIN PREFERENCIA".

27. DATOS ECONÓMICOS

DE LA PERSONA SOLICITANTE			DEL CÓNYUGE		
Clase de pensión (Jubilación, Invalidez, Viudedad, Orfandad, etc.)	Cuantía mensual		Clase de pensión (Jubilación, Invalidez, Viudedad, Orfandad, etc.)	Cuantía mensual	
	Euros	Cent.		Euros	Cent.

OTROS INGRESOS PERIÓDICOS DISTINTOS A LAS PENSIONES DE CUALQUIERA DE LOS CÓNYUGES (Salario del cónyuge en activo, Rentas de Capital o Agrarias, Alquileres, etc.) - CUANTÍA MEDIA MENSUAL : Euros.

PARA COMPLETAR SU SOLICITUD DEBE CUMPLIMENTAR NECESARIAMENTE LA DECLARACIÓN REFLEJADA AL DORSO

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en el fichero para la gestión del Programa de Termalismo Social del Imerso, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas al mismo; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal.

De conformidad con lo establecido en el art. 5.1.d) de la Ley citada, la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición ante el Imerso, órgano responsable del fichero, mediante escrito dirigido al mismo (Avda. de la Ilustración, con vuelta a c/ Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid).

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA PLAZA

D. /Dña. _____ con NIF número _____

DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (indicar **"SI"** o **"NO"**)

Que presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar **"SI"** o **"NO"**)

Que padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar **"SI"** o **"NO"**)

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad: _____

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

a) Reumatológico b) Respiratorio c) Digestivo

d) Renal y vías urinarias e) Dermatológico f) Neuropsíquico

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

a) Cadera o rodilla b) Columna c) Hombro

d) Muñeca o mano e) Codo f) Tobillo o pie

Que tengo o padezco:

a) Dificultades para moverme b) Dolor c) Deformidad d) Rigidez

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de :

a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc..) Número recaídas en los últimos doce meses

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

a) ingresos en el hospital en el último año b) que tomar más de dos medicamentos diariamente c) muchos síntomas d) que tomar oxígeno diariamente.

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

- Doy mi consentimiento al Inmerso para que se consulten los datos:

de identidad de residencia económicos

_____ a _____ de _____ de _____
Firma

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CÓNYUGE (rellenar, por el cónyuge, si se solicita plaza para él)

D. /Dña. _____ con NIF número _____

DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que me valgo por mi mismo para las actividades de la vida diaria (indicar **"SI"** o **"NO"**)

Que presento alteraciones del comportamiento que impiden la convivencia en los establecimientos (indicar **"SI"** o **"NO"**)

Que padezco enfermedad infecto contagiosa (indicar **"SI"** o **"NO"**)

Si ha respondido afirmativamente, indicar la enfermedad: _____

Que deseo acudir al balneario para recibir tratamiento de: (Se puede señalar con una "X" hasta dos tipos de tratamiento)

a) Reumatológico b) Respiratorio c) Digestivo

d) Renal y vías urinarias e) Dermatológico f) Neuropsíquico

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento reumatológico)

Que tengo afectadas las articulaciones:

a) Cadera o rodilla b) Columna c) Hombro

d) Muñeca o mano e) Codo f) Tobillo o pie

Que tengo o padezco:

a) Dificultades para moverme b) Dolor c) Deformidad d) Rigidez

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento respiratorio)

Que padezco de enfermedades de :

a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.) b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc..) Número recaídas en los últimos doce meses

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

a) ingresos en el hospital en el último año b) que tomar más de dos medicamentos diariamente c) muchos síntomas d) que tomar oxígeno diariamente.

(Rellenar si se ha señalado que acude al balneario a recibir tratamiento digestivo, renal y vías urinarias, dermatológico y neuropsíquico)

Indicar el número de recaídas que ha tenido en los últimos doce meses

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración, siendo consciente que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo de la anulación de mi expediente o de la anulación de la ayuda concedida.

- Doy mi consentimiento al Inmerso para que se consulten los datos:

de identidad de residencia económicos

_____ a _____ de _____ de _____
Firma