



ASOCIACIÓN
PARA LA AYUDA A LA ATENCIÓN A LAS
PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL



SOLICITUD DE BECAS ATENPACE PARA TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS

Datos del beneficiario:

1. Nombre y apellidos
2. Fecha de nacimiento
3. Domicilio
4. Vive con (padres, abuelos, otras personas, etc.)
5. Nº de personas que viven en el domicilio
6. Grado de discapacidad
7. Grado de dependencia
8. Ayudas que recibe (detallar cuantía, periodicidad y finalidad)

Datos familiares:

1. Nombre y apellidos de la madre
2. DNI
3. Teléfono
4. Mail
5. Profesión y Empresa
6. Situación de desempleo. Prestación (si recibe y cuantía)
7. Ingresos brutos anuales

8. Nombre y apellidos del padre
9. DNI
10. Teléfono
11. Mail
12. Profesión y Empresa
13. Situación de desempleo. Prestación (si recibe y cuantía)
14. Ingresos brutos anuales

15. Número de miembros de la unidad familiar. Indicar de cada uno:
16. Nombre y apellidos
17. Situación profesional. Empresa
18. Situación de desempleo. Prestación (si recibe y cuantía)
19. Ingresos brutos anuales

20. Miembros con discapacidad en el domicilio.
21. Diagnóstico del beneficiario
22. Hospital de referencia
23. Tratamientos que recibe



24. Tratamientos para los que solicita ayuda (fisio, logo o terapia ocupacional) y periodicidad
25. Cualquier otra información que considere de interés

Firma y DNI del solicitante