



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

C/ Islas Marquesas 27
28035 Madrid-España
Tel. +34 913 167 446
www.atencepace.org



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/padre/tutor
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/madre/tutor
9. DNI
10. Teléfono



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

C/ Islas Marquesas 27
28035 Madrid-España
Tel. +34 913 167 446
www.atenpace.org



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. Tratamientos que recibe

23. Tratamientos para los que solicita ayuda (fisio, logo o terapia ocupacional) y periodicidad

24. Cualquier otra información que considere de interés

Firma y DNI del solicitante