

Paseo María Agustín, 4-6, Oficina 17, 50004- Zaragoza
Tel: +34 976469145 | Fax: +34 976469255
www.cogitiar.es / oficina@cogitiar.es

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 17 AL 28 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 17 AL 28 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 llenar plazas no ocupadas del programa del Imserso. Así pues, las personas interesadas deberán llenar 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 Imserso.

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.

MIGUEL CERVERA MONZÓ
Secretario

VºBº
El Decano
ENRIQUE ZARO GIMÉNEZ

GOBIERNO
DE ESPAÑAMINISTERIO
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. Cumplimentar 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?: Marcar con una "X" para quien solicita VD. la plaza	Solo para la persona solicitante	Solo para el cónyuge	Para ambos cónyuges	25. TIPO DE TURNO SOLICITADO 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.
				Turno de 12 días de duración
				Turno de 10 días de duración
				Sin preferencia en la duración
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 más 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		
		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 Imserso, 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, cancelación y oposición ante el Imserso, 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)

<input type="checkbox"/> a) Reumatólogico	<input type="checkbox"/> b) Respiratorio	<input type="checkbox"/> c) Digestivo
<input type="checkbox"/> d) Renal y vías urinarias	<input type="checkbox"/> e) Dermatológico	<input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico

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

Que tengo afectadas las articulaciones:

<input type="checkbox"/> a) Cadera o rodilla	<input type="checkbox"/> b) Columna	<input type="checkbox"/> c) Hombro
<input type="checkbox"/> d) Muñeca o mano	<input type="checkbox"/> e) Codo	<input type="checkbox"/> f) Tobillo o pie

Que tengo o padezco:

<input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme	<input type="checkbox"/> b) Dolor	<input type="checkbox"/> c) Deformidad
<input type="checkbox"/> d) Rigidez		

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

Que padezco de enfermedades de :

<input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.)	<input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc..)	<input type="checkbox"/> Número recaídas en los últimos doce meses
--	--	--

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

<input type="checkbox"/> a) ingresos en el hospital en el último año	<input type="checkbox"/> b) que tomar más de dos medicamentos diariamente	<input type="checkbox"/> c) muchos síntomas	<input type="checkbox"/> d) que tomar oxígeno diariamente.
--	---	---	--

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

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 Imserso para que se consulten los datos:

<input type="checkbox"/> de identidad	<input type="checkbox"/> de residencia	<input type="checkbox"/> económicos
---------------------------------------	--	-------------------------------------

Firma

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CÓNYUGE (llenar, 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)

<input type="checkbox"/> a) Reumatólogico	<input type="checkbox"/> b) Respiratorio	<input type="checkbox"/> c) Digestivo
<input type="checkbox"/> d) Renal y vías urinarias	<input type="checkbox"/> e) Dermatológico	<input type="checkbox"/> f) Neuropsíquico

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

Que tengo afectadas las articulaciones:

<input type="checkbox"/> a) Cadera o rodilla	<input type="checkbox"/> b) Columna	<input type="checkbox"/> c) Hombro
<input type="checkbox"/> d) Muñeca o mano	<input type="checkbox"/> e) Codo	<input type="checkbox"/> f) Tobillo o pie

Que tengo o padezco:

<input type="checkbox"/> a) Dificultades para moverme	<input type="checkbox"/> b) Dolor	<input type="checkbox"/> c) Deformidad
<input type="checkbox"/> d) Rigidez		

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

Que padezco de enfermedades de :

<input type="checkbox"/> a) Vías respiratorias altas (faringitis, sinusitis, etc.)	<input type="checkbox"/> b) Vías respiratorias bajas (bronquitis, EPOC, etc..)	<input type="checkbox"/> Número recaídas en los últimos doce meses
--	--	--

Que, por estos problemas respiratorios, tengo:

<input type="checkbox"/> a) ingresos en el hospital en el último año	<input type="checkbox"/> b) que tomar más de dos medicamentos diariamente	<input type="checkbox"/> c) muchos síntomas	<input type="checkbox"/> d) que tomar oxígeno diariamente.
--	---	---	--

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

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 Imserso para que se consulten los datos:

<input type="checkbox"/> de identidad	<input type="checkbox"/> de residencia	<input type="checkbox"/> económicos
---------------------------------------	--	-------------------------------------

Firma