DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR PARA EL PROGRAMA *VACACIONES EN FAMILIA* DE LA FUNDACIÓN LÓPEZ MARISCAL 2015

UNIDAD FAMILIAR	RELACIÓN FAMILIAR	EDAD
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE: (Miembro 1)		
NOMBRE Y APELLIDOS del Miembro 2		
NOMBRE Y APELLIDOS del Miembro 3		
NOMBRE Y APELLIDOS del Miembro 4		
NOMBRE Y APELLIDOS del Miembro 5		
NOMBRE Y APELLIDOS del Miembro 6		
NOMBRE Y APELLIDOS del Miembro 7		
NOMBRE Y APELLIDOS del Miembro 8		
Tipo de domicilio: Piso / Casa / Vivienda unifamiliar /		
Régimen de la vivienda: : Alquiler / En propiedad /		
DIRECCIÓN:		
POBLACIÓN:		
TELÉFONO DE CONTACTO:		
EMAIL:		

El representante de la unidad familiar hace constar que:

¿El padre de familia trabaja actualmente?	SÍ	NO
(Sí) Especifique el trabajo		
¿La madre de la familia trabaja actualmente?	SÍ	NO
(Sí) Especifique el trabajo		
¿Algún hijo de la familia trabaja actualmente?	SÍ	NO
Especifique el número de hijos que trabaja		
¿El padre de familia se encuentra actualmente en paro?	SÍ	NO
(Sí) Especifique cuántos meses lleva parado		
¿La madre de familia se encuentra actualmente en paro?	SÍ	NO
(Sí) Especifique cuántos meses lleva parada		
¿Ha disfrutado alguna vez de unas vacaciones en familia?	SÍ	NO
(Sí) ¿Cuál es el destino elegido en sus vacaciones?		
Cuando ha viajado con su familia ¿se ha alojado en un hotel?	SÍ	NO
¿Ha viajado alguna vez al extranjero con su familia?	SÍ	NO
(Sí) ¿Qué ciudades ha visitado en el extranjero?		
En caso de no haber estado nunca de vacaciones intente especificar los motivos:		
En caso de ser seleccionado en el Programa VACACIONES EN FAMILIA, ¿pueden viajar en el mes de julio o agosto? Especifique el mes en el que su empresa le da vacaciones		
¿Su familia es monoparental?	SÍ	NO

¿Tiene en su unidad familiar algún hijo divorciado?	SÍ	NO
¿Vive en su unidad familiar miembros de la tercera generación?	SÍ	NO
¿Vive en su unidad familiar algún miembro con enfermedad crónica?	SÍ	NO
(Sí) Especifique la enfermedad		
¿Vive en su unidad familiar algún miembro con minusvalía?	SÍ	NO
(Sí) Especifique el tipo de minusvalía		
¿Vive en su unidad familiar algún miembro dependiente?	SÍ	NO
(Sí) Especifique el grado de dependencia y la causa de la dependencia		

Ubrique a _____, de _____ de 2019

Fdo._____