

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DEL REONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**
1. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	NÚM SIP / N.º SIP
NÚM D'EXPEDIENT / Nº DE EXPEDIENTE	COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ / COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO		

Té una resolució per la qual se li reconeix la situació de dependència? Sí No
¿Tiene resolución por la cual se le reconoce la situación de dependencia? Sí No

En cas afirmatiu indique:
En caso afirmativo indique:

Grau:
Grado: _____

Nivell (en el seu cas):
Nivel (en su caso): _____

Té una resolució per la qual se li aprova el Programa individual d'atenció (PIA)? Sí No
¿Tiene resolución por la cual se le aprueba el Programa Individual de Atención (PIA)? Sí No

**2.- DOMICILI EN LA COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ (complimentació obligatòria)
DOMICILIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO (complimentación obligatoria)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

3.- DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

**(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior)
(Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO**

Compta amb una persona representant o persona de suport? Sí No
¿Cuenta con una persona representante o persona de apoyo? Sí No

(En cas afirmatiu, haurà d'omplir el document "Identificació de persones representants o de suport en el procediment de dependència", només si no l'ha aportat amb anterioritat)
(En caso afirmativo, deberá cumplimentar el documento "Identificación de personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia, solo si no lo ha aportado anteriormente)

**C DECLARACIÓ RESPONSABLE I CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ
DECLARACIÓN RESPONSABLE Y CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN**

La persona sol·licitant o el/la seu/a representant DECLARA, sota la seua responsabilitat:

La persona solicitante o su representante DECLARA, bajo su responsabilidad:

- Que són certes les dades contingudes en aquesta sol·licitud. / *Que son ciertos los datos contenidos en esta solicitud.*
- Que queda assabentada de l'obligació de comunicar a la Direcció General de Dependència i de les Persones Majors qualsevol variació que puga produir-se d'ara en avant. *Que queda enterada de la obligación de comunicar a la Dirección General de Dependencia y de las Personas Mayores cualquier variación que pueda producirse en lo sucesivo.*

OPOSICIÓ / OPOSICIÓN

Mitjançant la signatura del present document, s'autoritza perquè l'Administració realitze la consulta de la següent informació de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant:

Mediante la firma del presente documento, se autoriza para que la Administración realice la consulta de la siguiente información de la persona solicitante y, en su caso, de su representante:

- Dades d'identitat de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant. *Dades d'identidad de la persona solicitante y, si es el caso, de su representante.*

- Dades de residència. / *Datos de residencia.*

Si desitja oposar-se, és imprescindible que indique a continuació la informació concreta a la consulta de la qual s'oposa i els motius que ho justifiquen.

Si desea oponerse, es imprescindible que indique a continuación la información concreta a cuya consulta se opone y los motivos que lo justifican.

M'opose a la consulta de les dades d'identitat de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant legal. *Me opongo a la consulta de los datos de identidad de la persona solicitante y, en su caso, de su representante legal.*

M'opose a la consulta de les dades de residència. *Me opongo a la consulta de los datos de residencia.*

MOTIUS DE L'OPOSICIÓ O NO AUTORIZACIÓ / MOTIVOS DE LA OPOSICIÓN O NO AUTORIZACIÓN:

AVÍS / AVISO:

Si no autoritza o s'oposa a la consulta de les dades indicades, queda obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents.

Si no autoriza o se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

Se l'informa que d'acord amb el que s'estableix en la Disposició addicional huitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar aquelles dades manifestades en la present sol·licitud.

Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la Disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar aquellos datos manifestados en la presente solicitud.

_____, _____ d _____ del _____
La persona sol·licitant
La persona solicitante

_____, _____ d _____ del _____
La/les persona/es representant/s o persona/es de suport
La/s persona/s representante/s o persona/s de apoyo

Signatura: _____
Firma: _____

Signatura: _____
Firma: _____

**D INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD**

L'apartat A s'emplenarà atenent la informació requerida en aquest.

B. DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de dependència tinga representant o persona de suport, haurà d'indicar-ho en aquest apartat. S'haurà d'omplir el document "Identificació de les persones representants o de suport en el procediment de dependència", i caldrà acreditar aquesta condició mitjançant la presentació de la documentació adient, només si no ho ha aportat amb anterioritat.

Tant la documentació a presentar com les persones habilitades per a la signatura en el procediment de dependència, es troben descrites en el document "Identificació de les persones representants o de suport en el procediment de dependència".

El apartado A se cumplimentará atendiendo a la información requerida en el mismo.

B. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO:

Quando la persona solicitante del reconocimiento de dependencia tenga representante o persona de apoyo, deberá indicarlo en este apartado. Deberá cumplimentar el documento "Identificación de las personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia", y acreditar esta condición mediante la presentación de la documentación pertinente, solo si no lo ha aportado con anterioridad. Tanto la documentación a presentar como las personas habilitadas para la firma en el procedimiento de dependencia, se encuentran descritas en el documento "Identificación de las personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia".

**E CLAÚSULA D'INFORMACIÓ SEGONS RGPD (Reglament General de Protecció de Dades)
CLAÚSULA DE INFORMACIÓN SEGÚN RGPD (Reglamento General de Protección de Datos)**

Nom de l'activitat de tractament Nombre de la actividad de tratamiento	Sol·licitud de trasllat de l'expedient de dependència des de la Comunitat Valenciana a una altra comunitat autònoma. <i>Solicitud de traslado del expediente de dependencia desde la Comunitat Valenciana a otra comunidad autónoma.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència i Conselleria de Servicis Socials, Igualtat i Vivenda <i>Vicepresidencia y Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda</i>
Finalitat del tractament Finalidad del tratamiento	Gestió del procediment per traslladar l'expedient de dependència des de la Comunitat Valenciana a una altra comunitat autònoma. <i>Gestión del procedimiento para trasladar el expediente de dependencia desde la Comunitat Valenciana a otra comunidad.</i>
Drets de les persones Derechos de las personas	Derechos de las personas La persona interesada té dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, a la rectificació o supressió d'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se al mateix per mitjà d'un escrit que siga conforme a les instruccions que s'indiquen en la política de protecció de dades, enllaç: https://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970 La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de estos, a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo por medio de un escrito que sea conforme a las instrucciones que se indican en la Política de protección de datos enlace: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970
Més informació Más información	Disposa de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'Activitats de Tractament de la Conselleria, enllaç: https://inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-GESTI%C3%93+DEL+SERVEI+INTEGRAL+D%27ATENCI%C3%93+A+PERSONES+EN+SITUACI%C3%93+DE+DEPEND%C3%88NCIA.pdf/6132cef9-d422-4580-b3b3-dc3524378f8d?t=1555426404432 Disponde de más información sobre este tratamiento en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Conselleria enlace: http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-+GESTI%C3%93N+DEL+SERVICIO+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e