GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE TRASLLAT D'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA DES DE LA COMUNITAT VALENCIANA A UNA ALTRA COMUNITAT AUTÒNOMA

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA DESDE LA COMUNITAT VALENCIANA A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DEL RECONEIXEMENT 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?

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)?

2.- DOMICILI EN LA COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ (cumplimentació obligatòria)
DOMICILIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO (cumplimentación 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'EFECTE 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?

(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)

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE TRASLLAT D'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA DES DE LA COMUNITAT VALENCIANA A UNA ALTRA COMUNITAT AUTÒNOMA

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA DESDE LA COMUNITAT VALENCIANA A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

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 información 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 AUTORITZACIÓ / *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

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 OMPLIR 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:

Cuando 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".

CONSELLERIA DE SERVICIS SOCIALS, FAMÍLIA I INFÀNCIA
CONSELLERIA DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIA E INFANCIA

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE TRASLLAT D'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA DES DE LA COMUNITAT VALENCIANA A UNA ALTRA COMUNITAT AUTÒNOMA

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA DESDE LA COMUNITAT VALENCIANA A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

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 autónoma. *Solicitud de traslado del expediente de dependencia desde la Comunitat Valenciana a otra comunidad autonóma.*
Responable del tractament ***Responsable del tratamiento***	Conselleria de Servicis Socials, Família i Infància *Conselleria de Servicios Sociales, Familia e Infancia*
Finalitat del tractament ***Finalidad del tratamiento***	Gestió del procediment per traslladar l'expedient de dependència des de la Comunitat Valenciana a una altra comunidad autonóma. *Gestión del procedimiento para trasladar el expediente de dependencia desde la Comunitat Valenciana a otra comunidad.*
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 Dispone 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