

**AJUNTAMENT DE:**  
**AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA**  
**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE 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
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

Si el domicili habitual coincideix amb el d'un centre residencial, indiqueu el nom del centre:  
 Si el domicilio habitual coincide con el de un centro residencial, indicar el nombre del centro:

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

Cal omplir-ho únicament si són diferents de les dades de residència indicades 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)		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?  
 ¿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 SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA**  
**SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA**

Dels serveis i prestacions, assenyal amb una X quins desitjaria rebre. Podeu assenyalar, a més de la teleassistència, com a màxim 2 recursos compatibles, tenint en compte les compatibilitats establides en la normativa autonòmica vigent.  
 De los servicios y prestaciones, señale con una X cuales desearía recibir. Puede señalar, además de la teleasistencia, como máximo 2 recursos compatibles, teniendo en cuenta las compatibilidades establecidas en la normativa autonómica vigente.

Serveis de prevenció i promoció. Indique els centres per ordre de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol, assenyalant la província desitjada:  
 Servicios de prevención y promoción. Indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera, señalando provincia deseada:

Centre de rehabilitació i integració social (CRIS).  
 Centro de rehabilitación e integración social (CRIS).

1er  
1º \_\_\_\_\_

2n  
2º \_\_\_\_\_

3er  
3º \_\_\_\_\_

Qualsevol en la província de:  
 Cualquiera en la provincia de: \_\_\_\_\_

Servei de teleassistència avançada (aportar el model)  
 Servicio de teleasistencia avanzada (aportar el modelo)

Servei d'ajuda a domicili  
 Servicio de ayuda a domicilio

Servei de centre de dia/centre ocupacional. Marqueu un dels dos tipus i, a continuació, indiqueu els centres per ordre de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol i assenyalau la província desitjada:  
 Servicio de centro de día/centro ocupacional. Marque uno de los dos tipos y, a continuación, indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera y señale la provincia deseada:

Centre de dia  
 Centro de día

Centre ocupacional  
 Centro ocupacional

1er  
1º \_\_\_\_\_

2n  
2º \_\_\_\_\_

3er  
3º \_\_\_\_\_

Qualsevol a la província de:  
 Cualquiera en la provincia de: \_\_\_\_\_

**C SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA  
SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA**

Servei d'atenció residencial. Marqueu un dels tres tipus i, a continuació, indiqueu els centres per ordre de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol i assenyaleu la província desitjada:

*Servicio de atención residencial. Marque uno de los tres tipos y, a continuación, indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera y señale la provincia deseada:*

Residència  
*Residencia*

Centre residencial de caràcter convivencial de suport extens (Habitatge tutelat assistit)  
*Centro residencial de carácter convivencial de apoyo extenso (Vivienda tutelada asistida)*

Centre residencial de caràcter convivencial de suport limitat o intermitent (Habitatge tutelat supervisat)  
*Centro residencial de carácter convivencial de apoyo limitado o intermitente (Vivienda tutelada supervisada)*

1er

1.º

2n

2.º

3er

3.º

Qualsevol a la província de:

*Cualquiera en la provincia de:* \_\_\_\_\_

Prestació econòmica d'assistència personal, desenvolupada per:  
*Prestación económica de asistencia personal, desarrollada por:*

Persona física

Persona jurídica. Especifiqueu el nom de l'empresa o persona professional prestadora del servei (persona autònoma) acreditades:  
*Persona jurídica. Especifique el nombre de la empresa o persona profesional prestadora del servicio (persona autónoma) acreditadas:*

Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar (aporteu el model Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora)  
*Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (aporte el modelo Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora)*

Prestació vinculada als serveis de prevenció i promoció (habilitació i teràpia ocupacional, atenció primerenca, estimulació cognitiva, promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia personal, habilitació psicosocial per a persones amb malaltia mental o discapacitat intel·lectual). El servei ha d'estar acreditat. Consulteu l'enllaç següent:

<https://inclusio.gva.es/va/web/dependencia/prestacions-vinculades-als-serveis>

*Prestación vinculada a los servicios de prevención y promoción (habilitación y terapia ocupacional, atención temprana, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal, habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual). El servicio debe estar acreditado. Consultar en el siguiente enlace: <https://inclusio.gva.es/es/web/dependencia/prestacions-vinculades-als-serveis>*

Prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili.  
*Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio.*

Prestació econòmica vinculada al servei de centre de dia/centre ocupacional.  
*Prestación económica vinculada al servicio de centro de día/centro ocupacional.*

Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial.  
*Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial.*

**D CAPACITAT ECONÒMICA  
CAPACIDAD ECONÓMICA**

S'ha d'omplir únicament en cas de variació en la composició de la unitat familiar o de la situació econòmica familiar pel que fa a les dades contingudes en la sol·licitud inicial.

*Cumplimentar únicamente en caso de variación en la composición de la unidad familiar o en la situación económica familiar con respecto a los datos contenidos en la solicitud inicial.*

La unitat familiar de la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència està integrada pels següents membres (no ho ompliu si vosté és l'únic component de la seua unitat familiar):

*La unidad familiar de la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia está integrada por los siguientes miembros (no rellenar si usted es el único componente de la unidad familiar):*

PARENTIU PARENTESCO	NOM I COGNOMS NOMBRE Y APELLIDOS	DNI / NIE DNI / NIE	DISCAPACITAT IGUAL O SUPERIOR A 33% DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR A 33%	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	SIGNATURA PER AUTORIZACIÓ D'ACCÉS A DADES / FIRMA PARA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ  
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN**

Mitjançant la signatura del present document per part de la persona representant o persona de suport, si és el cas, s'autoritza perquè l'Administració realitze la consulta de la següent informació d'aquesta persona representant o de suport:

*Mediante la firma del presente documento por parte de la persona representante o persona de apoyo, en su caso, se autoriza para que la Administración realice la consulta de la siguiente información de esta persona representante o de apoyo:*

Dades d'identitat de la persona representant o persona de suport  
*Datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo*

Si desitja d'oposar-se, és imprescindible que indique els motius que ho justifiquen.  
*Si desea oponerse, es imprescindible que indique la consulta a la que se opone y los motivos que lo justifiquen.*

M'oposo a l'obtenció de les dades d'identitat de la persona representant o persona de suport.  
*Me opongo a la obtención de los datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo.*

Motiu oposició:  
*Motivo oposición:*

Si s'oposa a la consulta de les dades indicades, queda obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents.  
*Si se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.*

Se us 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 les dades indicades 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:* \_\_\_\_\_

**F DOCUMENTACIÓ QUE S'HA D'APORTAR JUNTAMENT AMB AQUESTA SOL·LICITUD  
DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD**

**1. Documentació específica segons el recurs sol·licitat / Documentación específica según el recurso solicitado**

**Prestació econòmica d'assistència personal / Prestación económica de asistencia personal**

Si l'assistència es presta per persona física / *Si la asistencia se presta por persona física*

- Declaració responsable de la persona assistent personal / *Declaración responsable de la persona asistente personal*
- Projecte de vida independent / *Proyecto de vida independiente*
- Fotocòpia del DNI/NIE de la persona assistent personal, només en cas que aquesta no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte aquesta dada / *Fotocopia del DNI/NIE de la persona asistente personal, solo en el caso de que ésta no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte este dato*

Si l'assistència es presta per persona jurídica / *Si la asistencia se presta por persona jurídica*

- Projecte de vida independent / *Proyecto de vida independiente*

Si l'assistència es presta a una persona menor d'edat / *Si la asistencia se presta a una persona menor de edad*

- Annex: necessitat d'acompanyament de la persona professional d'assistència terapèutica infantil (PATI) en l'àmbit educatiu, només en el cas que es vaja a produir acompanyament de la PATI en el centre escolar / *Anexo: necesidad de acompañamiento de la persona profesional de asistencia terapéutica infantil (PATI) en el ámbito educativo, solo en el caso de que se vaya a producir acompañamiento de la PATI en el centro escolar*

**Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar / Prestación económica para cuidados en el entorno familiar**

- Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora. Si va a tindre dues persones cuidadores amb relació familiar, es presentarà l'esmentada documentació per cada una d'elles / *Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora. Si va a tener dos personas cuidadoras con relación familiar, se presentará la citada documentación para cada una de ellas*
- Fotocòpia del DNI/NIE de la persona cuidadora, només en cas que aquesta no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte aquesta dada / *Fotocopia del DNI/NIE de la persona cuidadora, solo en el caso de que ésta no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte este dato*

**Servei de prevenció i promoció, servei de centre de dia o servei d'atenció residencial**

**Servicio de prevención y promoción, servicio de centro de día o servicio de atención residencial**

- Informe social del/la treballador/a social del servei, en base a l'article 5é del Decret 62/2017, de 19 de maig, en cas que la persona beneficiària es trobe gaudint d'un servei privat d'atenció residencial, atenció diürna o promoció acreditat, i es pretenga la seua continuïtat en el mateix / *Informe social del/la trabajador/a social del servicio, en base al artículo 5º del Decreto 62/2017 de 19 de mayo, en caso de que la persona beneficiaria se encuentre disfrutando de un servicio privado de atención residencial, atención diurna o promoción debidamente acreditado, y se pretenda su continuidad en el mismo*
- Fotocòpia del contracte i les tres últimes factures, quan la persona beneficiària es trobe rebent de forma privada algun dels serveis acreditats per l'Administració de la Generalitat, i opte per continuar rebent-lo com a prestació econòmica vinculada / *Fotocopia del contrato y las tres últimas facturas, cuando la persona beneficiaria se encuentre recibiendo de forma privada alguno de los servicios acreditados por la Administración de la Generalitat, y opte por seguir recibiendo el mismo como prestación vinculada al servicio*
- Interlocutòria d'internament, en el cas de persones que necessiten mesures de suport per a l'exercici de la seua capacitat jurídica i que no sol·liciten voluntàriament servei d'atenció residencial / *Auto de internamiento, en el caso de personas que necesitan medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y que no soliciten voluntariamente servicio de atención residencial*

**Servei de teleassistència avançada / Servicio de teleasistencia avanzada**

- Model de servei de teleassistència avançada / *Modelo de servicio de teleasistencia avanzada*

**2. Altra documentació / Otra documentación**

- Model de domiciliació bancària, en cas de no haver-lo aportat amb anterioritat o haver canviat de compte.  
*Modelo de domiciliación bancaria, en caso de no haberlo aportado con anterioridad o haber cambiado de cuenta.*

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

Aquest model s'utilitzarà per a sol·licitar qualsevol canvi o ampliació de preferències, quan tinga vosté un servei o prestació del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència a la Comunitat Valenciana concedit o en tràmit. Per tant, podrà utilitzar aquest imprés en els supòsits següents:

- Quan encara no estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) per sol·licitar un canvi de preferències o una ampliació d'aquestes.
  - Quan ja estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) i desitge sol·licitar una revisió del seu PIA per canvi a un recurs diferent del que ja té concedit.
  - Quan ja estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) i desitge sol·licitar una ampliació del seu PIA sol·licitant el mateix recurs concedit més altres complementaris.
- També s'utilitzarà per a esmenar requeriments d'emplenament correcte de les preferències inicials.

**A. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA**

1. Dades personals.
2. Dades a l'efecte de notificacions. En aquest apartat es consignaran les dades on vosté vol rebre les notificacions i els possibles requeriments.

**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"

**C. SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA**

Atesa la normativa vigent, es podran sol·licitar dos recursos compatibles entre si, més el servei de teleassistència avançada.

- En cas de marcar com a preferència Serveis de prevenció i promoció, s'haurà d'indicar per ordre de preferència un màxim de 3 centres. Si no es desitja triar-ne cap concret, es complimentarà l'opció de "Qualsevol a la província de", indicant a continuació la província triada.
- En cas de marcar com a preferència el Servei de centre de dia, s'haurà d'assenyalar una de les dues opcions recollides en aquest ítem, i, a continuació s'haurà d'indicar per ordre de preferència un màxim de 3 centres. Si no es desitja triar cap centre concret, es complimentarà l'opció de "Qualsevol a la província de", indicant a continuació la província triada.
- En cas de marcar com a preferència el Servei d'atenció residencial, s'haurà d'assenyalar una de les tres opcions recollides en aquest ítem, i, a continuació s'haurà d'indicar per ordre de preferència un màxim de 3 centres. Si no es desitja triar cap centre concret, es complimentarà l'opció de "Qualsevol a la província de", indicant a continuació la província triada.

En tots els casos, si s'emplenen totes les opcions, es prioritzarà l'opció dels centres assenyalats, entenent-se aquesta com la desitjada per la persona sol·licitant.

En el cas que se sol·licite una Prestació Vinculada al Servei, s'haurà de consultar en el full web de la Conselleria de Servicis Socials, Família i Infància el llistat d'entitats acreditades per a la prestació del servei sol·licitat.

**D. DADES DE LA CAPACITAT ECONÒMICA DE LA UNITAT FAMILIAR**

**Aquest apartat s'ha d'omplir únicament en cas de variació en la composició de la unitat familiar o de la situació econòmica familiar pel que fa a les dades contingudes en la sol·licitud inicial.**

Es considera com a unitat familiar amb fills/filles a càrrec aquella integrada per la persona beneficiària i, si és el cas, el seu cònjuge o parella de fet i els fills/filles, siguen per naturalesa, adopció o acolliment, sempre que, en aquest últim cas, siguen menors de 25 anys o majors d'aquesta edat amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%. Ningú podrà formar part de dues unitats familiars al mateix temps.

La determinació dels membres de la unitat familiar es realitzarà atenent la situació el dia 31 de desembre de cada any.

Les dades relatives a la renda personal de la persona sol·licitant i, si és el cas, de la seua unitat familiar, s'obtidran de la informació sobre l'Impost de la Renda de les Persones Físiques que està en poder de l'Agència Estatal d'Administració Tributària, referents a l'exercici corresponent, per mitjans informàtics o telemàtics.

Mitjançant la seua signatura en la columna corresponent de la taula de l'apartat C, els membres de la unitat familiar AUTORITZEN expressament l'Administració a sol·licitar i obtindre de forma telemàtica les dades d'identitat, residència i econòmiques d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència, de les prestacions que es puguen derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que es procedisca al seu càlcul i es verifique el compliment dels seus requisits. Es considerarà que no autoritza l'accés a les seues dades la persona que no signe en l'apartat corresponent, i en aquest cas estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

No obstant això, en cas de no poder obtindre la informació telemàtica, es requeriran les persones interessades perquè presenten una fotocòpia de la declaració de l'IRPF del darrer exercici liquidat, així com un certificat de la pensió o pensions que reben en l'any de la sol·licitud. Tot això sense perjudici de demanar qualsevol altra informació complementària durant el procés. En cas que la persona sol·licitant o qualsevol membre de la unitat familiar, que no realitzen declaració de l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques, hagen de satisfer una pensió compensatòria a favor del cònjuge o anualitats per aliments, hauran d'acompanyar la corresponent fotocòpia de la sentència judicial ferma de la qual es deriven.

En el cas de necessitar més files en la taula que fa referència als membres de la unitat familiar, es pot adjuntar, en un full a part i amb les mateixes caselles, el nombre de familiars que hi vulga afegir.

**G INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD I COMPATIBILITATS GENERALS  
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD Y COMPATIBILIDADES GENERALES**

Este modelo se utilizará para solicitar cualquier cambio o ampliación de preferencias, cuando tenga usted un servicio o prestación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Valenciana concedido o en trámite. Por lo tanto, podrá utilizar este impreso en los supuestos siguientes:

- Cuando todavía no esté resuelto su programa individual de atención (PIA) para solicitar un cambio de preferencias o una ampliación de estas.
- Cuando ya esté resuelto su programa individual de atención (PIA) y deseo solicitar una revisión de su PIA por cambio a un recurso diferente al que ya tiene concedido.
- Cuando ya esté resuelto su programa individual de atención (PIA) y deseo solicitar una ampliación de su PIA solicitando el mismo recurso concedido más otros complementarios.

También se utilizará para enmendar requerimientos de cumplimentación correcta de las preferencias iniciales.

**A. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

1. Datos personales.
2. Datos a efectos de notificación. En este apartado se consignarán los datos donde usted quiere recibir las notificaciones y posibles requerimientos.

**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".

**C. SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA**

Atendiendo a la normativa vigente, se podrán solicitar dos recursos compatibles entre sí, más el servicio de teleasistencia avanzada.

- En caso de marcar como preferencia Servicios de prevención y promoción, se deberá indicar por orden de preferencia un máximo de 3 centros. Si no se desea elegir ninguno en concreto, se cumplimentará la opción de "Cualquier en la provincia de", indicando a continuación la provincia elegida.
- En caso de marcar como preferencia el Servicio de centro de día, se deberá señalar una de las dos opciones recogidas en este ítem, y, a continuación, se indicará por orden de preferencia un máximo de 3 centros. Si no se desea elegir ningún centro concreto, se cumplimentará la opción de "Cualquier en la provincia de", indicando a continuación la provincia elegida.
- En caso de marcar como preferencia el Servicio de atención residencial, se tendrá que señalar una de las tres opciones recogidas en este ítem, y, a continuación, se indicará por orden de preferencia un máximo de 3 centros. Si no se desea elegir ningún centro concreto, se cumplimentará la opción de "Cualquier en la provincia de", indicando a continuación la provincia elegida.

En todos los casos, si se llenan todas las opciones, se priorizará la opción de los centros señalados, entendiéndose esta como la deseada por la persona solicitante.

En el supuesto de que se solicite una Prestación Vinculada al Servicio, se tendrá que consultar en la hoja web de la Conselleria de Servicios Sociales, Familia e Infancia el listado de entidades acreditadas para la prestación del servicio solicitado.

**D. DATOS DE LA CAPACIDAD ECONÓMICA DE LA UNIDAD FAMILIAR**

**Cumplimentar únicamente en caso de variación en la composición de la unidad familiar o de la situación económica familiar con respecto a los datos contenidos en la solicitud inicial.**

Se considera como unidad familiar con hijos/hijas a cargo, aquella integrada por la persona beneficiaria y, si procede, su cónyuge o pareja de hecho y los hijos/hijas, ya lo sean por naturaleza, adopción o acogida, siempre que, en este último caso, sean menores de 25 años o mayores de esta edad con un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Nadie podrá formar parte de dos unidades familiares al mismo tiempo.

La determinación de los miembros de la unidad familiar, se realizará atendiendo a la situación el día 31 de diciembre de cada año.

Los datos relativos a la renta personal de la persona solicitante y, si es el caso, de su unidad familiar, se obtendrán de la información sobre el Impuesto de la Renta de las Personas Físicas que está en poder de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, referentes al ejercicio correspondiente, por medios informáticos o telemáticos.

Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla del apartado C, los miembros de la unidad familiar AUTORIZAN expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, residencia y económicos de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia, de las prestaciones que puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos. Se entenderá que no autoriza el acceso a sus datos la persona que no firme en el apartado correspondiente, en cuyo caso estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

No obstante, en caso de no poder obtener la información telemática, se requerirá las personas interesadas que presenten una fotocopia de la declaración del IRPF del último ejercicio liquidado, así como un certificado de la pensión o pensiones que reciben en el año de la solicitud. Todo esto sin perjuicio de solicitar cualquier otra información complementaria durante el proceso. En caso de que la persona solicitante o cualquier miembro de la unidad familiar, que no realizan declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, tengan que satisfacer una pensión compensatoria a favor del cónyuge o anualidades por alimentos, deberán acompañar la correspondiente fotocopia de la sentencia judicial firme de la cual se derivan. En el caso de necesitar más filas en la tabla que hace referencia a los miembros de la unidad familiar puede adjuntar, en una hoja aparte y con las mismas casillas, el número de familiares que quiera añadir.

**H CLAUSULA D'INFORMACIÓ SEGONS RGPD  
CLAUSULA DE INFORMACIÓN SEGÚN RGPD**

<b>Nom de l'activitat de tractament</b> <i>Nombre de la actividad de tratamiento</i>	Model per a sol·licitar noves preferències de serveis o prestacions, ampliació o revisió del PIA. <i>Modelo para solicitar nuevas preferencias de servicios o prestaciones, ampliación o revisión el PIA.</i>
<b>Responsable del tractament</b> <i>Responsable del tratamiento</i>	Conselleria de Serveis Socials, Família i Infància <i>Conselleria de Servicios Sociales, Familia e Infancia</i>
<b>Finalitat del tractament</b> <i>Finalidad del tratamiento</i>	Gestió del procediment per a sol·licitar noves preferències, ampliació o revisió del PIA, dins del catàleg de serveis i prestacions econòmiques del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència. <i>Gestión del procedimiento para solicitar nuevas preferencias, ampliación o revisión del PIA, dentro del catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.</i>
<b>Drets de les persones</b> <i>Derechos de las personas</i>	La persona interessada 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: <a href="https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970">https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</a> . <i>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:</i> <a href="https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970">https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</a> .
<b>Més informació</b> <i>Más información</i>	Disposa de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'activitats de tractament de la Conselleria, enllaç: <a href="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">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</a> <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de actividades de tratamiento de la Conselleria enlace:</i> <a href="https://inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-GESTI%C3%93N+DEL+SERVEI+INTEGRAL+D%27ATENCI%C3%93+A+PERSONES+EN+SITUACI%C3%93+DE+DEPEND%C3%88NCIA.pdf/6132cef9-d422-4580-b3b3-dc3524378fd?t=1555426404432">https://inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-GESTI%C3%93N+DEL+SERVEI+INTEGRAL+D%27ATENCI%C3%93+A+PERSONES+EN+SITUACI%C3%93+DE+DEPEND%C3%88NCIA.pdf/6132cef9-d422-4580-b3b3-dc3524378fd?t=1555426404432</a>