

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES SANITÀRIES DE LA PERSONA SOL·LICITANT
DATOS SANITARIOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	SIP	TELÈFON / TELÉFONO
HOSPITAL DE REFERÈNCIA / HOSPITAL DE REFERENCIA		CENTRE DE SALUT / CENTRO DE SALUD		TELÈFON / TELÉFONO

TRACTAMENT MÈDIC QUE REP EN L'ACTUALITAT / TRATAMIENTO MÉDICO QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD

TÉ TELEASSISTÈNCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL? / ¿TIENE TELEASISTENCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL?

 SÍ NO

CONVIU AMB ALGUNA PERSONA QUE JA TÉ TELEASSISTÈNCIA DE DEPENDÈNCIA? / ¿CONVIVE CON ALGUNA PERSONA QUE YA TIENE TELEASISTENCIA DE DEPENDENCIA?

 SÍ NO

**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 LA PERSONA SOL·LICITANT CONVIU AMB
LA PERSONA SOLICITANTE CONVIVE CON**

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ DE PARENTIU RELACIÓN DE PARENTESCO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

**D PERSONES DE CONTACTE
PERSONAS DE CONTACTO**

1)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN	<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
2)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN	<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

CHAP - IAC

DIN - A4

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

Els apartats A, C i D s'emplenaran atenent la informació requerida en aquests.

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".

Los apartados A, C i D se cumplimentarán atendiendo a la información requerida en el mismos.

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

Quando la persona sol·licitante 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".

**G 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	Servei de teleassistència avançada. <i>Servicio de teleasistencia avanzada.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència Primera i Conselleria de Servicis Socials, Igualtat i Vivenda <i>Vicepresidencia Primera y Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda</i>
Finalitat del tractament Finalidad del tratamiento	Gestió del procediment per a la concessió del servei de teleassistència avançada. <i>Gestión del procedimiento inicial para la concesión del servicio de teleasistencia avanzada.</i>
Drets de les persones Derechos de las personas	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: https://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970 <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: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</i>
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-GESTIÓ+DEL+SERVEI+INTEGRAL+D%27ATENCIÓ+A+PERSONES+EN+SITUACIÓ+DE+DEPENDÈNCIA.pdf/6132cef9-d422-4580-b3b3-dc3524378f8d?t=1555426404432 <i>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-GESTIÓ+DEL+SERVEI+INTEGRAL+DE+ATENCIÓ+PERSONAS+EN+SITUACIÓ+DE+DEPENDÈNCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e</i>