

SOLICITUD DE ESTANCIA TEMPORAL EN EL CENTRO RESIDENCIAL SON GÜELLS

CÓDIGO SIA

2 0 7 9 8 7

DESTINO	SERVICIO DE CENTROS Y PROGRAMAS. DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. CONSEJERÍA DE FAMILIAS Y ASUNTOS SOCIALES
CÓDIGO DIR3	A04026930

SOLICITANTE

1. Datos personales

DNI/NIE		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nacionalidad		Estado civil	
Domicilio			
Código postal	Localidad	Municipio	
Provincia	Comunidad Autónoma		
Teléfono fijo	Teléfono móvil		
Dirección electrónica			
Afiliación a la Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario/aria	Núm. de afiliación	

2. Convivientes

DNI/NIE		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Relación con la persona solicitante	
DNI/NIE		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Relación con la persona solicitante	
DNI/NIE		Nombre	

Apellido 1		Apellido 2	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Relación con la persona solicitante	
DNI/NIE		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Relación con la persona solicitante	

3. DATOS DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O DISCAPACIDAD

Tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Intelectual con discapacidad física asociada <input type="checkbox"/> Otras:	Certificado de discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grado:
Origen de la discapacidad	<input type="checkbox"/> Congénita <input type="checkbox"/> Perinatal/prenatal <input type="checkbox"/> Postraumática <input type="checkbox"/> Otros:	Valoración de dependencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grado:
Diagnóstico			
Movilidad	<input type="checkbox"/> Autónomo/a <input type="checkbox"/> Autónomo/a con ayuda técnica <input type="checkbox"/> Dependiente de tercera persona <input type="checkbox"/> Acostado/a	Certificado de graves problemas de movilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. Datos económicos

(Rellenad este apartado en caso de no tener la declaración de situación de dependencia.)

Tiene ingresos o rentas propias? Sí No

a) Rentas de trabajo o prestaciones económicas

Concepto	Empresa/Organismo	Cuantía anual

b) Rentas derivadas de actividades económicas

Tipo de actividad	Rendimientos íntegros (anuales)

c) Rentas de capital

Concepto	Rendimientos íntegros (anuales)

d) Ganancias y plusvalías patrimoniales	
Concepto	Rendimientos íntegros (anuales)

5. Otros datos

Es atendido/a en su domicilio? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, señalad el tipo de servicio y la entidad u organismo prestatario.

Teleasistencia:

Ayuda en el domicilio:

Es atendido/a en su domicilio por un familiar o persona de vuestro entorno? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indicad los datos.

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESIONAL

DNI/NIE		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	
Domicilio			
Código postal		Localidad	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Relación con la persona solicitante			

Tiene contratado un servicio de asistencia personal? Sí No

Es atendido/a en un centro de día o de noche? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indicad los datos.

Denominación del centro	
Dirección	
Teléfono	

6. Motivo de la solicitud

Convalecencia de la persona cuidadora por enfermedad, operación quirúrgica o accidente.

Tiempo previsto: ____ días

Convalecencia de la persona solicitante por enfermedad, operación quirúrgica o accidente.

Tiempo previsto: ____ días

Situación familiar grave.

Tiempo previsto: ____ días

Vacaciones de la persona cuidadora o de los familiares.

Tiempo previsto: ____ días

Obras de rehabilitación o adaptación de la vivienda habitual de la persona solicitante.

Tiempo previsto: ____ días

Otros:

Tiempo previsto: ____ días

Fechas solicitadas de la estancia temporal (por orden de preferencia)

Primera opción	Fecha de inicio		Fecha final	
----------------	-----------------	--	-------------	--

Segunda opción	Fecha de inicio		Fecha final	
Tercera opción	Fecha de inicio		Fecha final	

REPRESENTANTE LEGAL

DNI/NIE			Nombre		
Apellido 1			Apellido 2		
Fecha de nacimiento					
Dirección postal					
Código postal		Localidad			Municipio
Teléfono fijo			Teléfono móvil		
Relación con la persona solicitante					

DECLARO:

1. Que todos los datos consignados en esta solicitud y la documentación adjunta son ciertas, como también los que he facilitado a los profesionales que firman los informes adjuntos, y estoy enterado/ada de que la aportación de datos o documentos falseados o inexactos podrá ser motivo para cancelar o dejar sin efecto mi solicitud o el otorgamiento del servicio, sin perjuicio de que se puedan emprender las acciones legales procedentes.
2. Que me comprometo a aportar los documentos requeridos relacionados con el fin de esta solicitud.
3. Que estoy informado/ada del contenido de los apartados de instrucciones, documentación necesaria e información sobre protección de datos personales de esta solicitud.
4. Que estoy enterado/ada de la obligación de comunicar a la Dirección General de Atención a la Dependencia cualquier variación de los datos que se produzca de ahora en adelante.

AUTORIZACIONES

1. Estos datos se podrán facilitar a la entidad asignada como prestamista del servicio.
2. El órgano administrativo competente podrá ceder, electrónicamente o por otros medios, a esta administración pública, otras administraciones o entes, los datos personales necesarios para la resolución de la solicitud.
3. Para acreditar los datos declarados que consten en las administraciones públicas competentes, se podrán hacer las verificaciones y las consultas necesarias en ficheros públicos.

....., d..... de 20.....

[rúbrica]

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y con el artículo 6 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se informa del tratamiento de datos personales que contiene esta solicitud.

Tratamiento de datos. Los datos personales que contiene esta solicitud serán tratados por la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears en un fichero titularidad de la Consejería de Familias y Asuntos Sociales, con domicilio en la plaza de la Drassana, 4, 07012 Palma. La finalidad de este tratamiento es llevar a cabo las gestiones administrativas derivadas de la solicitud..

Responsable del tratamiento: Dirección General de Atención a la Dependencia de la Consejería de Familias y Asuntos Sociales

Destinatario de los datos personales. No se cederán los datos personales a terceros, salvo que haya obligación legal o interés legítimo de acuerdo con el Reglamento general de protección de datos y la Ley Orgánica 3/2018.

Plazo de conservación de los datos personales. Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para el cumplimiento de la finalidad para la cual se recogen.

Decisiones automatizadas. No se prevé la toma de decisiones automatizadas.

Ejercicio de derechos y reclamaciones. La persona afectada por el tratamiento de datos personales podrá ejercer sus derechos de información, de acceso, de rectificación, de supresión, de limitación, de portabilidad, de oposición y de no inclusión en tratamientos automatizados (e, incluso, de retirar el consentimiento, si procede, en los términos que establece el Reglamento general de protección de datos) ante el responsable del tratamiento, mediante el procedimiento «Solicitud de ejercicio de derechos en materia de protección de datos personales», previsto en la Sede Electrónica de la CAIB (seuelectronica.caib.es).

Una vez recibida la respuesta del responsable o en el supuesto de que no haya respuesta en el plazo de un mes, la persona afectada por el tratamiento de los datos personales podrá presentar la «Reclamación de tutela de derechos» ante el Agencia Española de Protección de Datos.

Delegación de Protección de Datos. La Delegación de Protección de Datos de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears tiene la sede en la Consejería de Presidencia (ps. de Sagrera, 2, 07012 Palma; a/e: protecciodades@dpd.caib.es).

DOCUMENTACIÓN

(Marque con una cruz los documentos adjuntos)

- Fotocopia del DNI de la persona solicitante** o, si no, documento acreditativo de su personalidad (NIE, pasaporte, etc.), en vigor*
 - Fotocopia de la **tarjeta sanitaria** de la persona solicitante*
 - Informe de salud de la persona solicitante** según el modelo oficial*
 - Informe social de la persona solicitante** según el modelo oficial, expedido por el trabajador o trabajadora social de los servicios sociales comunitarios del municipio de la persona solicitante*
 - Certificado de empadronamiento** y convivencia de la persona solicitante, excepto en el caso de las personas empadronadas en el municipio de Palma, en que la Administración lo comprobará de oficio
 - Declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF)** del último ejercicio fiscal de la persona solicitante y de los familiares que dependen de ella. En el supuesto de no estar obligado, certificados oficiales del órgano pagador*
 - Fotocopia del DNI de la persona cuidadora** de la persona solicitante
 - Informe de salud de la persona cuidadora**, cuando el motivo de la estancia temporal sea enfermedad, intervención quirúrgica u hospitalización de la persona cuidadora
 - Copia del proyecto o presupuesto de las obras** que se tienen que llevar a cabo, u otro documento acreditativo, cuando el motivo de la estancia temporal sea obra en el domicilio habitual de la persona solicitante
- En los casos en que la persona solicitante actúe mediante un representante legal o guardador de hecho, se debe aportar, además, la documentación siguiente:
- Fotocopia del DNI del representante legal** o, si procede, documento acreditativo de la representación legal, junto con la resolución **judicial de incapacitación**, o documento **acreditativo de la persona guardadora de hecho**, según el modelo oficial. La documentación tiene que estar en vigor.
 - Otros informes** que pueda tener la persona solicitante o sus representantes y que sean de interés para el centro.

*No será necesario presentar estos documentos si la persona solicitante tiene reconocida la situación de dependencia y dispone de expediente en la Dirección General de Atención a la Dependencia, siempre que esta documentación se encuentre actualizada. Solo se tendrá que volver a presentar a petición del órgano gestor.