

SOL·LICITUD D'ESTADA TEMPORAL
AL CENTRE RESIDENCIAL SON GÜELLS

Codi SIA 2 0 7 9 8 7

DESTINACIÓ	SERVEI DE CENTRES I PROGRAMES. DIRECCIÓ GENERAL D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA. CONSELLERIA DE FAMÍLIES I AFERS SOCIALS
Codi DIR3	A04026930

SOL·LICITANT

1. Dades personals

DNI/NIE		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	
Data de naixement (dia-mes-any)		Sexe	☐ Home ☐ Dona
Nacionalitat		Estat civil	
Domicili			
Codi postal		Localitat	Municipi
Província		Comunitat Autònoma	
Telèfon fix		Telèfon mòbil	
Adreça electrònica			
Afiliació a la Seguretat Social	☐ Sí ☐ No ☐ Titular ☐ Beneficiari/ària	Núm. d'afiliació	

2. Convivents

DNI/NIE		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	
Data de naixement (dia-mes-any)		Relació amb la persona sol·licitant	
DNI/NIE		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	
Data de naixement (dia-mes-any)		Relació amb la persona sol·licitant	
DNI/NIE		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	
Data de naixement (dia-mes-any)		Relació amb la persona sol·licitant	

DNI/NIE		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	
Data de naixement (dia-mes-any)		Relació amb la persona sol·licitant	

3. DADES DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA O DISCAPACITAT

Tipus de discapacitat	Física Intel·lectual Intel·lectual amb discapacitat física associada Altres:	Certificat de discapacitat	☐ Sí ☐ No Grau:
Origen de la discapacitat	Congènita Perinatal/prenatal Posttraumàtica Altres:	Valoració de dependència	☐ Sí ☐ No Grau:
Diagnòstic			
Mobilitat	Autònom/a Autònom/a amb ajuda tècnica Dependent de tercera persona Enllitat/ada	Certificat de greus problemes de mobilitat	☐ Sí ☐ No

4. Dades econòmiques

(Empleneu aquest apartat en cas de no tenir la declaració de situació de dependència.)

Teniu ingressos o rendes pròpies? ☐ Sí ☐ No

a) Rendes de treball o prestacions econòmiques

Concepte	Empresa/Organisme	Quantia anual

b) Rendes derivades d'activitats econòmiques

Tipus d'activitat	Rendiments íntegres (anuals)

c) Rendes de capital

Concepte	Rendiments íntegres (anuals)

d) Guany i plusvàlues patrimonials

Concepte	Rendiments íntegres (anuals)

5. Altres dades

Sou atès/atesa al vostre domicili? ☐ Sí ☐ No

Si la resposta és afirmativa, assenyalau el tipus de servei i l'entitat o organisme prestatari.

☐ Teleassistència:

☐ Ajuda al domicili:

Sou atès/atesa al vostre domicili per un familiar o persona del vostre entorn? ☐ Sí ☐ No

Si la resposta és afirmativa, indicau-ne les dades.

DADES DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL

DNI/NIE		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	
Domicili			
Codi postal		Localitat	
Telèfon fix		Telèfon mòbil	
Relació amb la persona sol·licitant			

Teniu contractat un servei d'assistència personal? ☐ Sí ☐ No

Sou atès/atesa en un centre de dia o de nit? ☐ Sí ☐ No

Si la resposta és afirmativa, indicau-ne les dades.

Denominació del centre	
Adreça	
Telèfon	

6. Motiu de la sol·licitud

Convalescència de la persona cuidadora per malaltia, operació quirúrgica o accident.

Temps previst: ____ dies

Convalescència de la persona sol·licitant per malaltia, operació quirúrgica o accident.

Temps previst: ____ dies

Situació familiar greu.

Temps previst: ____ dies

Vacances de la persona cuidadora o dels familiars.

Temps previst: ____ dies

Obres de rehabilitació o adaptació de l'habitatge habitual de la persona sol·licitant.

Temps previst: ____ dies

Altres:

Temps previst: ____ dies

Dates sol·licitades de l'estada temporal (per ordre de preferència)

Primera opció	Data d'inici		Data final	
Segona opció	Data d'inici		Data final	
Tercera opció	Data d'inici		Data final	

REPRESENTANT LEGAL

DNI/NIE		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	

Data de naixement					
Adreça postal					
Codi postal		Localitat		Municipi	
Telèfon fix			Telèfon mòbil		
Relació amb la persona sol·licitant					

DECLAR:

1. Que totes les dades consignades en aquesta sol·licitud i la documentació adjunta són certes, com també les que he facilitat als professionals que signen els informes adjunts, i estic assabentat/ada que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes pot ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meva sol·licitud o l'atorgament del servei, sens perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.
2. Que em compromet a aportar els documents requerits relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud.
3. Que estic informat/ada del contingut dels apartats d'instruccions, documentació necessària i informació sobre protecció de dades personals d'aquesta sol·licitud.
4. Que estic assabentat/ada de l'obligació de comunicar a la Direcció General d'Atenció a la Dependència qualsevol variació de les dades que es produeixi d'ara endavant.

AUTORITZACIONS

1. Aquestes dades es poden facilitar a l'entitat assignada com a prestadora del servei.
2. L'òrgan administratiu competent pot cedir, electrònicament o per altres mitjans, a aquesta administració pública, altres administracions o ens, les dades personals necessàries per a la resolució de la sol·licitud.
3. Per acreditar les dades declarades que constin en les administracions públiques competents, es poden fer les verificacions i les consultes necessàries a fitxers públics.

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

[rúbrica]

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades), i amb l'article 6 de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, s'informa del tractament de dades personals que conté aquesta sol·licitud.

Tractament de dades. Les dades personals que conté aquesta sol·licitud seran tractades per l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears en un fitxer titularitat de la Conselleria de Famílies i Afers Socials, amb domicili a la plaça de la Drassana, 4, 07012 Palma. La finalitat d'aquest tractament és dur a terme les gestions administratives derivades de la sol·licitud.

Responsable del tractament: Direcció General d'Atenció a la Dependència de la Conselleria de Famílies i Afers Socials

Destinatari de les dades personals. No es cediran les dades personals a tercers, tret que hi hagi obligació legal o interès legítim d'acord amb el Reglament general de protecció de dades i la Llei orgànica 3/2018.

Termini de conservació de les dades personals. Les dades es conservaran durant el temps necessari per al compliment de la finalitat per a la qual es recullen.

Decisions automatitzades. No es preveu la presa de decisions automatitzades.

Exercici de drets i reclamacions. La persona afectada pel tractament de dades personals pot exercir els seus drets d'informació, d'accés, de rectificació, de supressió, de limitació, de portabilitat, d'oposició i de no inclusió en tractaments automatitzats (i, fins i tot, de retirar el consentiment, si escau, en els termes que estableix el Reglament general de protecció de dades) davant el responsable del tractament, mitjançant el procediment «Sol·licitud d'exercici de drets en matèria de protecció de dades personals», previst a la Seu Electrònica de la CAIB (seuelectronica.caib.es).

Una vegada rebuda la resposta del responsable o en el cas que no hi hagi resposta en el termini d'un mes, la persona afectada pel tractament de les dades personals pot presentar la «Reclamació de tutela de drets» davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.

Delegació de Protecció de Dades. La Delegació de Protecció de Dades de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears té la seu a la Conselleria de Presidència (pg. de Sagrera, 2, 07012 Palma; a/e: protecciodades@dpd.caib.es).

DOCUMENTACIÓ

(Marcau amb una creu els documents adjunts)

- | |
|--|
| ☐ Fotocòpia del DNI de la persona sol·licitant o, si no, document acreditatiu de la seva personalitat (NIE, passaport, etc.), en vigor* |
| ☐ Fotocòpia de la targeta sanitària de la persona sol·licitant* |
| ☐ Informe de salut de la persona sol·licitant segons el model oficial* |
| ☐ Informe social de la persona sol·licitant segons el model oficial, expedit pel treballador o treballadora social dels serveis socials comunitaris del municipi de la persona sol·licitant* |
| ☐ Certificat d'empadronament i convivència de la persona sol·licitant, excepte en el cas de les persones empadronades en el municipi de Palma, en què l'Administració ho comprovarà d'ofici |
| ☐ Declaració de l'impost sobre la renda de les persones físiques (IRPF) del darrer exercici fiscal de la persona sol·licitant i dels familiars que en depenen. En el supòsit de no estar-hi obligat, certificats oficials de l'òrgan pagador* |
| ☐ Fotocòpia del DNI de la persona cuidadora de la persona sol·licitant |
| ☐ Informe de salut de la persona cuidadora , quan el motiu de l'estada temporal sigui malaltia, intervenció quirúrgica o hospitalització de la persona cuidadora |
| ☐ Còpia del projecte o pressupost de les obres que s'han de dur a terme, o un altre document acreditatiu, quan el motiu de l'estada temporal sigui obra en el domicili habitual de la persona sol·licitant |
| En els casos en què la persona sol·licitant actuï mitjançant un representant legal o guardador de fet, cal aportar, a més, la documentació següent: |
| ☐ Fotocòpia del DNI del representant legal o, si escau, document acreditatiu de la representació legal, juntament amb la resolució judicial d'incapacitació , o document acreditatiu de la persona guardadora de fet , segons el model oficial. La documentació ha d'estar en vigor. |
| ☐ Altres informes que pugui tenir la persona sol·licitant o els seus representants i que siguin d'interès per al centre. |

*No és necessari presentar aquests documents si la persona sol·licitant té reconeguda la situació de dependència i disposa d'expedient a la Direcció General d'Atenció a la Dependència, sempre que aquesta documentació es trobi actualitzada. Només s'haurà de tornar a presentar a petició de l'òrgan gestor.