

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:** _____

**A DADES DE LA PERSONA TITULAR DE L'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA**
1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	NIF/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	E-MAIL	

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

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	NIF/NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS	E-MAIL

**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")

**C DADES DE LA/LES PERSONA/ONES ASSISTENT/S PERSONAL O ENTITAT PRESTADORA PROPOSTA/ES
DATOS DE LA/LAS PERSONA/S ASISTENTE/S PERSONAL O ENTIDAD PRESTADORA PROPUESTA/S**

Si anteriorment tenia més d'una empresa/persona assistent personal i només canvia alguna/es d'elles, ha de complir les dades de la empresa/persona o persones que romanen i de la nova empresa/persona assistent personal proposta
Si anteriormente tenía más de una empresa/persona asistente personal y solo cambia alguna/s de ellas, debe cumplimentar los datos de la empresa/persona o personas que permanecen y de la nueva empresa/persona asistente personal propuesta

COGNOMS I NOM O ENTITAT PRESTADORA APELLIDOS Y NOMBRE O ENTIDAD PRESTADORA	NIF/NIE	P. FÍSICA	P. JURÍDICA
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D 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 realitzi 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.

**E SOL·LICITUD
SOLICITUD**

La persona sol·licitant o el/la seu/a representant **DECLARA**, sota la seua responsabilitat:
La persona que firma 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 pugui 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.

_____, d _____ de _____
La persona sol·licitant
La persona solicitante

_____, d _____ de _____
La persona representant o persona de suport
La persona representante o persona de apoyo

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

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

- 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 esta no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte este dato.*
- Si l'assistència es presta per persona jurídica, projecte de vida independent.
Si la asistencia se presta por persona jurídica, proyecto de vida independiente.
- Si l'assistència es presta a una persona menor d'edat, annex. *Necessitat d'acompanyament de la persona professional d'assistència terapèutica infantil (PATI) en l'àmbit educatiu, només en cas que es vaja a produir acompanyament de la PATI en el centre escolar.*
Si la asistencia se presta a una persona menor de edad, 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.

**G INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD****A. DADES DE LA PERSONA TITULAR DE L'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA**

- 1.- Dades personals.
- 2.- Dades a l'efecte de notificacions. En aquest apartat es consignaran les dades d'on voleu 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. DADES DE LA/LES PERSONA/ES ASSISTENT/S PERSONAL/S O ENTITAT PRESTADORA PROPOSADA/ADES

Aquest model haurà d'utilitzar-se davant qualsevol modificació en la persona/es assistent/s personal/s o entitat prestadora proposada/es, tant si s'afegia alguna nova, com si se substituïx o elimina alguna de les proposades.

El present model substitueix qualsevol altra proposta de persona assistent personal o entitat prestadora presentada amb anterioritat, pel que ha de contindre les dades de **totes** les persones o entitats que, a partir de la presentació d'aquest document, realitzaran les tasques d'assistència personal de la persona en situació de dependència, fent constar en l'apartat C les seues dades d'identificació i si es tracta d'una persona física o jurídica.

Així doncs, si la persona en situació de dependència anteriorment tenia dos o tres persones assistents personals/entitats prestadores i només canvia una d'elles, ha de complimentar les dades de la/les persona/es o entitats que romanen i de la nova persona/entitat proposada.

Seràn donades de baixa com a persones assistents personals o entitats prestadores les que no consten en l'apartat C d'aquest imprés, en el cas que existisca una resolució PIA de prestació econòmica d'assistència personal.

A. DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA

- 1.- Datos personales.
- 2.- Datos a efectos de notificación. En este apartado se consignarán los datos donde usted quiere recibir las notificaciones o 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. DATOS DE LA/S PERSONA/S ASISTENTE/S PERSONAL/ES O ENTIDAD PRESTADORA PROPUESTA/S

Este modelo deberá utilizarse ante cualquier modificación en la persona/s asistente/s personal/es o entidad prestadora propuesta/s, tanto si se añade alguna nueva, como si se sustituye o elimina alguna de las propuestas.

El presente modelo sustituye cualquier otra propuesta de persona asistente personal o entidad prestadora presentada con anterioridad, por lo que debe contener los datos de todas las personas o entidades que, a partir de la presentación de este documento, realizarán las tareas de asistencia personal de la persona en situación de dependencia, haciendo constar en el apartado C sus datos de identificación y si se trata de una persona física o jurídica.

Así pues, si la persona en situación de dependencia anteriormente tenía dos o tres personas asistentes personales/entidades prestadoras y solo cambia una de ellas, debe cumplimentar los datos de la/s persona/s o entidades que permanecen y de la nueva persona/entidad propuesta.

Serán dadas de baja como personas asistentes personales o entidades prestadoras las que no consten en el apartado C de este impreso, en el supuesto de que exista una resolución PIA de prestación económica de asistencia personal.

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

Nom de l'activitat de tractament Nombre de la actividad de tratamiento	Sol·licitud de canvi de persona assistent personal. <i>Solicitud de cambio de persona asistente personal.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència Segona i Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge. <i>Vicepresidencia Segunda y Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda.</i>
Finalitat del tractament Finalidad del tratamiento	Gestió del procediment per a canviar o afegir persona/es assistent/s personal/s o entitats prestadores, per a persones amb sol·licitud o amb resolució PIA de Prestació econòmica d'assistència personal. Gestión del procedimiento para cambiar o añadir persona/s asistente/s personal/es o entidades prestadoras, para personas con solicitud o con resolución PIA de Prestación económica de asistencia personal.
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/es/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:</i> https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970
Més informació Más información	Disposeu de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'Activitats de Tractament de la Conselleria, enllaç: 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 <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Conselleria, enlace:</i> 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