GENERALITAT VALENCIANA

SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA AVANÇADA

SERVICIO DE TELEASISTENCIA AVANZADA

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/TELEAJUDA 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 / PERSONA DE SUPORT / *DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE / PERSONA DE APOYO*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	E-MAIL

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*	☐ 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*	☐ Té claus / *Tiene llaves*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*

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

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de dependència tinga representant o persona de suport, s'haurà d'acreditar aquesta condició, mitjançant la presentació de la documentació adient.
Cuando la persona solicitante del reconocimiento de dependencia tenga representante o persona de apoyo, se deberá acreditar esta condición, mediante la presentación de la documentación pertinente.

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

VICEPRESIDÈNCIA SEGONA I CONSELLERIA DE SERVEIS SOCIALS, IGUALTAT I HABITATGE
VICEPRESIDENCIA SEGUNDA Y CONSELLERÍA DE SERVICIOS SOCIALES, IGUALDAD Y VIVIENDA
13/11/23

GENERALITAT VALENCIANA

SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA AVANÇADA

SERVICIO DE TELEASISTENCIA AVANZADA

E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN

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'opose 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 persona representant o persona de suport
La persona representante o persona de apoyo

Signatura: / *Firma:*

Signatura: / *Firma:*

F CLAÚSULA D'INFORMACIÓ SEGONS RGPD (Reglament general de protecció de dades)
CLÁUSULA 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. *Servicio de teleasistencia avanzada.*
Responable del tractament ***Responsable del tratamiento***	Vicepresidència Segona i Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge. *Vicepresidencia Segunda y Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda.*
Finalitat del tractament ***Finalidad del tratamiento***	Gestió del procediment per a la concesió del servei de teleassistència avançada. *Gestión del procedimiento inicial para* la concesión del servicio de teleasistencia avanzada.
Drets de les persones ***Derechos de las personas***	La persona interesada 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 *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*
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 *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-+GESTI%C3%93N+DEL+SERVICIO+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e*

CJAAPP - IAC
DIN - A4
IA - 22253 - 02 - E