SOL·LICITUD DE TRASLLAT D'UNA PLAÇA SOCIOSANITÀRIA

CODI SIA	2	0	8	0	6	6

DESTINACIÓ	Direcció General d'Atenció a la Dependència i Persones amb Discapacitat Conselleria de Famílies, Benestar Social i Atenció a la Dependència
CODI DIR3	A04026930

DADES DE LA PERSONA DEPENDENT

Primer Llinatge	Segon Llinatge	Nom	DNI/NIE
Telèfon	Domicili		
Localitat		Província	Codi Postal

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL/GUARDADOR DE FET

Primer Llinatge	Segon Llinatge	Nom	DNI/NIE
Variació de dades, en el seu cas.			

ADREÇA DE NOTIFICACIÓ (només quan les dades siguin diferents de les que heu indicat en el requadre anterior)

Notificació a: ☐ Persona sol·licitant ☐ Persona o entitat representant

☐ **Notificació electrònica (obligatòria per a les persones jurídiques i opcional per a les persones físiques)**

Subjectes obligats a relacionar-se electrònicament amb les administracions públiques d'acord amb el que estableix l'article 14.2 i 3 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.

Els avisos de la posada a disposició de la notificació a la Carpeta Ciutadana del Punt d'accés General de l'Estat s'enviaran:

☐ A l'adreça electrònica de la persona interessada

☐ Adreça electrònica diferent indicada a continuació

* Disponible a l'adreça: http://sede.administracion.gob.es/carpeta/clave.htm

☐ **Notificació per correu postal (seleccionau-ne una):**

☐ A l'adreça de la persona interessada ☐ Adreça diferent indicada a continuació

Avinguda/Carrer/Plaça	Núm.	Bloc.	Esc.	Pis	Porta

Codi Postal	Municipi	Illa

EXPÒS:

Que vaig signar en el Programa Individual d'Atenció (PIA) el recurs residencial amb les següents opcions: _____

SOL·LICIT:

Que es dugui a terme el trasllat sociosanitari segons l'article 12.2 del decret 63/2017 de 22 de desembre. Emplenar **únicament una opció**: municipi o una residència específica.

Nom de la residència: _____
o
Municipi: _____

DECLARACIONS I AUTORITZACIONS

1. Declar, sota la meva responsabilitat, que les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes, que la documentació adjunta és veraç, que complesc les condiciones requerides per accedir a l'objecte de la sol·licitud i que estic assabentat/ada de l'obligació de comunicar a l'òrgan administratiu competent qualsevol variació que es pugui produir d'ara endavant.
2. Declar que estic informat/ada de l'obligació de comunicar immediatament el meu ingrés en centres hospitalaris o assistencials que no suposin cap cost per a la meva persona, si escau.
3. Declar que estic informat/ada del contingut dels apartats d'instruccions, documentació necessària i informació sobre protecció de dades personals d'aquesta sol·licitud.
4. Autoritz l'òrgan administratiu competent a obtenir/cedir, de forma electrònica o per altres mitjans, a aquesta administració pública, altres administracions o ens, les dades personals que s'indiquen a continuació, necessàries per a la resolució d'aquest procediment/expedient/sol·licitud.

DOCUMENTACIÓ QUE S'HA D'ADJUNTAR

Aportació de documents
Per a la resolució d'aquesta sol·licitud previst en els art. 12, 13 i 14 del Decret 91/2019, de 5 de desembre i l'article 3 del Reial decret 1051/2013, de 27 de desembre, aport els documents requerits per la sol·licitud:

- ☐ Informe salut de l'hospital on està ingressat.
- ☐ Informe social del treballador/a social del centre hospitalari.

En cas d'actuar mitjançant representació legal:

- ☐ DNI/NIE de la persona representant legal.
- ☐ Acreditació de la representació legal per la qual s'actua.

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 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.
Finalitat del tractament i base jurídica: Tramitació del procediment administratiu del reconeixement de la situació de dependència i del dret a les prestacions dels sistema d'acord amb el que preveuen la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
Responsable del tractament: Direcció General d'Atenció a la Dependència i Persones amb Discapacitat de la Conselleria de Famílies, Benestar Social i Atenció a la Dependència.
Destinataris de les dades personals. No se 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: 6 anys comptadors des de l'extinció del dret a les prestacions del Sistema d'Atenció a la Dependència.
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 i la Llei orgànica 3/2018) davant el responsable del tractament esmentat abans, 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).
Amb posterioritat a la resposta del responsable o al fet que no hi hagi resposta en el termini d'un mes, la persona afectada pot optar per presentar amb caràcter previ una reclamació a la Delegació de Protecció de Dades, que li comunicarà la seva decisió en un termini de dos mesos, o per presentar directament la "Reclamació de tutela de drets" davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (AEPD).
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 i Administracions Públiques (pg. de Sagrera, 2, 07012 Palma; a/e: protecciodades@dpd.caib.es).

_____, _____ de _____ de 20___

Signatura: _____

INSTRUCCIONS PER EMPLENAR LA SOL·LICITUD

1. La sol·licitud s'ha d'emplenar amb lletra clara. Escriviu preferentment en majúscules.
2. La documentació aportada ha de ser veraç i vigent.
3. La sol·licitud ha d'anar signada per la persona interessada o per la persona que la representa. En cas d'actuar mitjançant representació legal, s'ha d'aportar la documentació acreditativa.
4. Les persones en situació de dependència ingressades en una plaça sociosanitària de la xarxa pública de salut que tenguin aprovat un PIA de servei residencial poden fer ús del procediment de trasllat per accedir a la XPAD, una vegada obtenguin l'alta mèdica.

IMPORTANT: Només es pot signar a la sol·licitud una opció de centre o municipi.