

SOLICITUD DE ESTANCIA TEMPORAL EN EL CENTRO RESIDENCIAL SON GÜELLS

CÓDIGO SIA

2	0	7	9	8	7
---	---	---	---	---	---

DESTINACIÓN	Dirección General de Atención a la Dependencia y Personas con Discapacidad Consejería de Familias, Bienestar Social y Atención a la Dependencia
Codi DIR3	A04026930

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		DNI/NIE	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Nacionalidad	
		Estado civil	
Domicilio			
Código postal		Localidad	
		Municipio	
Provincia			
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Direc. electrónica			

PERSONA O ENTIDAD REPRESENTANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre/Entidad	DNI/NIE/CIF
Tipo de representación			
☐ Representante legal ☐ Entidad			

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN (solamente cuando los datos sean diferentes de los que se han indicado en el recuadro anterior)

Notificación a:	☐ Persona solicitante	☐ Persona o entidad representante									
☐ Notificación electrónica (obligatoria para las personas jurídicas y opcional para las personas físicas)											
Sujetos obligados a relacionarse electrónicamente con las administraciones públicas de acuerdo con lo que establece el artículo 14.2 y 3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.											
Los avisos de la puesta a disposición de la notificación en la Carpeta Ciudadana del Punto de acceso General del Estado* se enviarán:											
☐ A la dirección electrónica de la persona interesada											
☐ Dirección electrónica diferente indicada a continuación											
* Disponible en la dirección: https://www.caib.es/carpeta											
☐ Notificación por correo postal (seleccionar una):											
☐ A la dirección de la persona interesada	☐ Dirección diferente indicada a continuación										
Avenida/Calle/Plaza		Núm.		Bloq.		Esc.		Pis		Puert	
Código Postal		Municipio		Isla							

DATOS DE LAS PERSONAS CONVIVIENTES

Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		DNI/NIE	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Relación con la persona solicitante	

Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		DNI/NIE	
Fecha de nacimiento (día-mes-año))		Relación con la persona solicitante	

Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		DNI/NIE	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Relación con la persona solicitante	

Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre		DNI/NIE	
Fecha de nacimiento (día-mes-año)		Relación con la persona solicitante	

DATOS DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O DISCAPACIDAD

Tipo de discapacidad	☐ Física ☐ Intelectual ☐ Intelectual con discapacidad física asociada ☐ Otros:	Certificado de discapacidad	☐ Sí ☐ No Grado:
----------------------	--	--------------------------------	--

Valoración de dependencia	☐ Sí ☐ No Grado:
---------------------------	--

DATOS ECONÓMICOS

<i>(Rellenar este apartado en el caso de no tener la declaración de situación de dependencia.)</i>		
Tiene ingresos o rentas propias? ☐ Sí ☐ No		
a) Rentas de trabajo o prestaciones económicas		
Concepto	Empresa/Organismo	Cantidad 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)

OTROS DATOS

Está atendido/a en su domicilio? ☐ Sí ☐ No Por un familiar o persona de su entorno? ☐ Sí ☐ No o Por un profesional ☐ Sí ☐ No <i>Si la respuesta es afirmativa, indicar los datos</i> DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESIONAL/ DATOS DEL PROFESIONAL			
DNI/NIE		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Domicilio			
Código postal		Localidad	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Relación con la persona solicitante			
Tenéis contratado un servicio de asistencia personal? ☐ Sí ☐ No Está atendido/a en un centro de día o de noche? ☐ Sí ☐ No <i>Si la respuesta es afirmativa, indicar los datos.</i>			
Denominación del centro			
Dirección			
Teléfono			

MOTIVO DE LA SOLICITUD

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

Tiempo previsto: días

Convalecencia de la persona cuidadora 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

Datos solicitados 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	

DECLARO:

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

AUTORIZACIONES

1. Estos datos se pueden facilitar a la entidad asignada como prestadora del servicio.
2. El órgano administrativo competente puede ceder, electrónicamente o por otros medios, a esta administración pública, o a 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 realizar las verificaciones y las consultas necesarias a ficheros públicos.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALS

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. Consiento expresamente que los datos facilitados durante la relación con la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears sean recogidas y tratadas en un fichero titularidad de la Consejería de Familias, Bienestar Social y Atención a la Dependencia, 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 esta solicitud.

Responsable del tratamiento: Dirección General de Atención a la Dependencia y Personas con Discapacidad de la Consejería de Familias, Bienestar Social y Atención a la Dependencia.

Destinatario de los datos personales. No se cederán los datos personales a terceros, excepto 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 que se recogen.

Decisiones automatizadas. No se prevén 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

(Marcar con una cruz los documentos adjuntos)

- ☐ **DNI de la persona solicitante** o, si no, documento acreditativo de su persona (NIE, pasaporte, etc.), en vigor*
- ☐ **Tarjeta sanitaria** de la persona solicitante*
- ☐ **Informe de salud de la persona solicitante (temporalidad máxima de 1 mes antes del ingreso)***
- ☐ **Informe social de la persona solicitante**, 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 cuyo caso 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 dependan de él. En el supuesto de no estar obligados, certificados oficiales del órgano pagador*
- ☐ **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
- ☐ **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 por 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, es necesario aportar, además, la documentación siguiente:
- ☐ **DNI del representante legal** *o, si es necesario, documento acreditativo de la representación legal, juntamente 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 es 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 y Personas con Discapacidad, siempre que esta documentación se encuentre actualizada. Solamente se tendrá que volver a presentar a petición del órgano gestor.

, d de 20

[firma]