

PERSONAS MAYORES

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DNI		Fecha Nacimiento		Sexo	
Domicilio					
Código Postal		Localidad			
Teléfono fijo					
Teléfono móvil					

Grado de Dependencia: Reconocida <input type="checkbox"/> En trámite <input type="checkbox"/>	Grado de Discapacidad: Reconocida <input type="checkbox"/> En trámite <input type="checkbox"/>
--	---

2. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en su caso)

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DNI		Parentesco:		<input type="checkbox"/> Tutor/a- curador con representación <input type="checkbox"/> Guardador/a de Hecho	
Domicilio					
Código Postal		Localidad			
Teléfono fijo					
Teléfono móvil					

3. FORMA DE NOTIFICACIÓN (marcar la casilla correspondiente)

Notificación en papel a la dirección de:

- Persona solicitante
 Representante legal/guardador de hecho/curador con representación

Notificación electrónica (se tiene que disponer de certificado digital en vigor, siendo obligatorio para personas jurídicas) a:

- Persona solicitante. E-MAIL: _____
 Representante legal/guardador de hecho/curador con representación. E-MAIL: _____

4. TIPO DE CENTRO/ SERVICIO SOLICITADO (puede solicitar más de uno)

<input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENCIAL (preferentemente):
<input type="checkbox"/> ESTANCIA TEMPORAL <u>Fechas solicitadas:</u>
<input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTANCIA DIURNA(preferentemente):
<input type="checkbox"/> SPAP (Servicio de Promoción de Autonomía Personal) especificar: <input type="checkbox"/> ATENCION TEMPRANA (<6 AÑOS): <input type="checkbox"/> MENORES 7-18 AÑOS <input type="checkbox"/> DISCAPIDAD INTELECTUAL ADULTOS > 18 AÑOS <input type="checkbox"/> MAYORES 80 AÑOS Y/O DETERIORO COGNITIVO <80 AÑOS
<input type="checkbox"/> TELEASISTENCIA
<input type="checkbox"/> SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio)

5. DOCUMENTACIÓN APORTADA

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA: <input type="checkbox"/> DNI Solicitante. <input type="checkbox"/> DNI del representante, en su caso. <input type="checkbox"/> Resolución del Reconocimiento del Grado de Dependencia o copia de solicitud de reconocimiento registrada. <input type="checkbox"/> Resolución del Reconocimiento del Grado de Discapacidad, en su caso. <input type="checkbox"/> Informe Salud. <input type="checkbox"/> Informe derivación del Servicio Canario de Salud para acceso a los Recursos de Rehabilitación Psicosocial. <input type="checkbox"/> Informe derivación del Servicio Canario de Salud (pediatría) para acceso al Servicio de Promoción de la Autonomía en la modalidad de Atención Temprana.
OTRA DOCUMENTACIÓN DE INTERES: <input type="checkbox"/> Sentencia de Medidas de Apoyos a las personas con discapacidad. <input type="checkbox"/> Informe Social de su Ayuntamiento o Centro de Salud, cuando existan indicadores de riesgo. <input type="checkbox"/> Cualquier otro documento que considere de interés (especificar): _____
La Administración podrá solicitar cualquier documento que considere de interés para la valoración del expediente.

6. PROTECCIÓN DE DATOS

<p>De conformidad con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, le informamos que sus datos serán tratados por Servicios Sociales del Cabildo Insular de La Palma (Responsable del Tratamiento), para la gestionar y elaborar los informes que sean preceptivos por la Sección de Servicios Especializados y de Acceso y Seguimiento de plazas de Centros de Atención Social a la Dependencia y Tutelas. Todo ello en base a su consentimiento expreso e interés público. Los datos se mantendrán durante el plazo legalmente establecido. Sus datos podrán ser cedidos a otras entidades con la finalidad de gestionar su solicitud. No se cederán datos a otros terceros salvo obligación legal. No se realizan transferencias internacionales de sus datos. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad, por medio de documento que le identifique, dirigido a CABILDO INSULAR DE LA PALMA (Oficina de Atención al Ciudadano), Avenida Marítima 3. CP 38700 Santa Cruz de La Palma (Santa Cruz de Tenerife). O bien, en la dirección de correo electrónico de nuestro Delegado de Protección de Datos: dpo@cablapalma.es. En el caso de no haber obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, puede presentar reclamación ante la Autoridad de Control. Más información sobre el ejercicio de derechos y protección de datos en la dirección de correo electrónico: dpo@cablapalma.es.</p>
--



SOLICITUD DE ADMISIÓN A CENTROS Y SERVICIOS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

ACEPTACIÓN DE CONDICIONES (marcar, en su caso)

- Declaro** bajo mi responsabilidad que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado/a de la obligación de comunicar al Cabildo Insular de La Palma cualquier variación de datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.
- Autorizo** al Cabildo Insular de La Palma para solicitar de los Organismos Públicos cuantos certificados relativos a mi situación o a la de mi representado/a sean necesarios para tramitar la presente solicitud, así como para la recopilación de los mismos y su incorporación a ésta.
- En caso de elección de **notificación electrónica**, la persona interesada acepta ser notificada de forma electrónica, como mecanismo de notificación predeterminado, utilizando para ello la dirección de correo electrónico y teléfono móvil indicados.
- La persona solicitante autoriza la cesión de datos personales (requeridos) y de informes elaborados conforme a lo recogido en el presente documento.

En _____, a ____ de _____ de 20 ____.

Firma,



SOLICITUD DE ADMISIÓN A CENTROS Y SERVICIOS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

ILTMO. SR. PRESIDENTE DEL EXCMO. CABILDO INSULAR DE LA PALMA