

AYUNTAMIENTO/ AJUNTAMENT _____ EJERCICIO/EXERCICI _____

1er APELLIDO/ COGNOM		2º APELLIDO/COGNOM		NOMBRE/NOM	DNI
SEXO/ SEXE	ESTADO CIVIL/ ESTAT CIVIL	TELEFONO/TELEFON		FECHA DE NACIMIENTO/ DATA DE NAIXEMENT	
DOMICILIO DOMICILI			MUNICIPIO DE RESIDENCIA MUNICIPI ON RESIDEIX	CODIGO POSTAL CODI POSTAL	

EXPONE/EXPOSE: Que se encuentra en la siguiente situación de convivencia/Que em trobe en la següent situació de convivència

--

Y SOLICITA acogerse al Servicio de Teleasistencia Domiciliaria como titular INCLUYENDO en el mismo a
I SOL·LICITE acollir-me al Servici de Teleassistència Domiciliària com a titular INCLOENT-HI:

D / D ^a . SR. / SRA.	CON DNI AMB DNI
CON UNIDAD DE CONTROL REMOTO AMB UNITAT DE CONTROL LLUNYÀ <input type="checkbox"/>	SIN UNIDAD DE CONTROL REMOTO SENSE UNITAT DE CONTROL LLUNYÀ <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO/ DATA DE NAIXEMENT	ESTADO CIVIL/ ESTAT CIVIL I
	PARENTESCO/ PARENTIU

Manifestando conocer y aceptar, en su integridad, las normas que regulan este servicio, aprobadas por la Diputación de Valencia en sesión plenaria de 26 de noviembre de 2002, (BOP núm. 310), modificado parcialmente por acuerdo de 16 de julio de 2013, publicado en el Boletín de la Provincia núm 177 de 25 de julio de 2013 y que fue definitivamente aprobado por Acuerdo Plenario de 17 de septiembre de 2013

Manifestant conèixer i acceptar, íntegrament, les normes que regulen este servici, aprovades per la Diputació de València en sessió plenària de 26 de novembre de 2002(BOP núm 310), , modificades parcialment.per acord de 16 de julio de 2013, publicat en el Butlletí Oficial de la Provincia núm 177, de 27 de juliol de 2013 i que fou definitivamente aprovat per Acord Plenari de 17 de setembre de 2013

En _____ a _____ de _____ de _____ 201
, d _____ de _____

ILMO SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN DE VALENCIA
IL·LM SR. PRESIDENT DE LA DIPUTACIÓ DE VALÈNCIA

INFORME SOCIAL / INFORME SOCIAL

Se han acreditado los datos de la instancia Sí NO
S'han acreditat les dades de la instància

Se ha realizado visita domiciliaria Sí NO
S'ha realitzat visita domiciliària

VALORACIÓN TÉCNICA DE PRIORIDAD / VALORACIÓ TÈCNICA DE PRIORITAT

Urgente Alta Media Baja Muy Baja
Urgent Alta Mitjana Baixa Molt Baixa

PROPUESTA / PROPOSTA

Conceder Denegar
Concedir Denegar

Causas/ Causes

DATOS DEL TÉCNICO O TÉCNICA / DADES DEL TÈCNIC O DE LA TÈCNICA

Apellidos/Cognoms _____ Nombre/Nom _____ DNI _____

Teléf _____ FAX _____ Correo electrónico _____

_____, _____ d _____ de _____

Núm colegiado/ Núm col·legiat/da

Firma

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN / DOCUMENTS QUE S'HI ADJUNTEN

- Fotocopia DNI del/de los solicitante/s y miembros de la unidad de convivencia
Fotocòpia del DNI del/s sol·licitant/s i dels membres de la unitat de convivència
- Certificado de convivencia / *Certificat de convivència*
- Certificado de empadronamiento/ *Certificat d'empadronament*
- Informe de salud del/ los solicitante/s del servicio para el reconocimiento de prestaciones sociales / *Informe de salut*
- Resolución del grado de discapacidad/ *Resolució del grau de discapacitat*
- Fotocopia tarjeta sanitaria / *Fotocòpia tarjeta sanitària*
- Declaración del Impuesto sobre la renta de las personas físicas/ Informe de la AEAT/
Declaració de l'IRPF / Informe de l'AEAT
- Certificado de Pensión no contributiva/Certificat pensió no contributiva
- ... Otro /*Altres*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO, ACCESO Y COMUNICACIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL
CONSENTIMENT INFORMAT PER AL TRACTAMENT, ACCÉS I COMUNICACIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL

De conformidad con lo establecido en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, le/s informamos que los datos facilitados se incorporarán a un fichero cuyo responsable es la Diputación Provincial de Valencia. Los datos registrados son necesarios para llevar a cabo la gestión integral de la prestación de Teleasistencia Domiciliaria, cuyas condiciones se encuentran reguladas por el vigente Reglamento del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria de la Diputación de Valencia.

De conformitat amb el que estableix l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, vos/us informem que les dades facilitades s'incorporaran a un fitxer el responsable del qual és la Diputació Provincial de València. Les dades registrades són necessàries per a dur a terme la gestió integral de la prestació de Teleassistència Domiciliària, les condicions de la qual es troben regulades pel vigent Reglament del Servici de Teleassistència Domiciliària de la Diputació de València.

Los datos personales incorporados podrán ser comunicados al ayuntamiento adherido del interesado y a la empresa prestadora del servicio de Teleasistencia, en la medida que resulte necesario para la coordinación y el adecuado desarrollo del servicio, siempre en los supuestos y términos contenidos en el citado Reglamento del Servicio de Teleasistencia.

Les dades personals incorporades podran ser comunicades a l'ajuntament adherit de l'interessat/ dels interessats i a l'empresa prestadora del servici de Teleassistència, en la mesura que siga necessari per a la coordinació i l'adequat desenvolupament del servici, sempre en els supòsits i termes continguts en l'esmentat Reglament del Servici de Teleassistència.

Los interesados podrán ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos personales dirigiéndose a los servicios sociales de su ayuntamiento o a la empresa prestadora del servicio de Teleasistencia, quienes darán traslado, en su caso, a la Diputación de Valencia.

Els interessats podran exercir el seu dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a les dades personals dirigit-se als servicis socials del seu ajuntament o a l'empresa prestadora del servici de Teleassistència, els que ho traslladaran, si és el cas, a la Diputació de València.

Una vez dejen de ser necesarios, la Diputación de Valencia, los ayuntamientos adheridos y la empresa prestadora del servicio de Teleasistencia procederán a cancelar los datos de carácter personal, salvo en aquellos supuestos en que una Ley obligue o permita su mantenimiento.

Una vegada deixen de ser necessaris, la Diputació de València, els ajuntaments adherits i l'empresa prestadora del servici de Teleassistència procediran a cancel·lar les dades de caràcter personal, excepte en aquells supòsits en què una Llei obligue o permeta el seu manteniment.

El interesado otorga su consentimiento expreso para:

L'interessat atorga el seu consentiment expressat per a

- La incorporación de todos los datos a los ficheros de la Diputación de Valencia y a su tratamiento, a los efectos de proceder a la valoración y resolución de la solicitud de la prestación de Teleasistencia Domiciliaria y, en su caso, para el seguimiento, control y gestión global de la prestación.
- *La incorporació de totes les dades als fitxers de la Diputació de València i al seu tractament, a l'efecte de procedir a la valoració i resolució de la sol·licitud de la prestació de Teleassistència Domiciliària i, si és el cas, per al seguiment, control i gestió global de la prestació.*

- La comunicación de los datos necesarios a la empresa que preste el servicio de Teleasistencia para el desarrollo de la prestación, y al ayuntamiento adherido a través del que se tramite la solicitud para la correcta coordinación del servicio.
- *La comunicació de les dades necessàries a l'empresa que preste el servici de Teleassistència per al desenvolupament de la prestació, i a l'ajuntament adherit per mitjà del què es tramite la sol·licitud per a la correcta coordinació del servici.*
- La obtención de sus datos fiscales directamente por la Diputación de Valencia de la Agencia Estatal Tributaria (AEAT).
- *L'obtenció de les seues dades fiscals directament per la Diputació de València de l'Agència Estatal Tributària (AEAT).*
- Que la Diputación de Valencia pueda recabar informes de los organismos y entidades correspondientes respecto de los datos que resulten relevantes en relación con la prestación, así como a efectuar las comprobaciones necesarias sobre la exactitud de la información aportada.
- *Que la Diputació de València puga demanar informes dels organismes i entitats corresponents respecte de les dades que resulten rellevants en relació amb la prestació, així com a efectuar les comprovacions necessàries sobre l'exactitud de la informació aportada.*
- Que los servicios sociales del ayuntamiento recaben la información pertinente para emitir los informes recogidos en el Reglamento del Servicio de Teleasistencia y su traslado a la Diputación de Valencia. Así como a que dichos servicios sociales mantengan la guarda y custodia de toda la documentación facilitada a disposición de la Diputación de Valencia, adoptando las preceptivas medidas de seguridad.
- *Que els servicis socials de l'ajuntament demanen la informació pertinent per a emetre els informes arreglats en el Reglament del Servici de Teleassistència i el seu trasllat a la Diputació de València. Així com que els dits servicis socials mantinguen la guarda i custòdia de tota la documentació facilitada a disposició de la Diputació de València, adoptant les preceptives mesures de seguretat.*

Nombre y Apellidos/ Nom i Cognoms

(Firma/s)
(Firma/es)

AUTORIZACIÓN INICIAL DEL USUARIO A LA EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA
AUTORITZACIÓ INICIAL DE L'USUARI A L'EMPRESA PER A LA PRESTACIÓ DEL SERVICI DE TELEASSISTÈNCIA

Sr. / Sra _____ DNI _____

Usuario Titular/ En qualitat d'Usuari Titular

y / i

Sr. / Sra _____ DNI _____

Beneficiario /com a Beneficiari

Con domicilio en _____, c/ _____, nº _____

Amb domicili a

núm.

Teléfono /Telèfon _____

AUTORIZO al personal de la empresa que realiza el servicio a:

AUTORITZE el personal de l'empresa que realitza el servici perquè:

1. Instalar en mi domicilio los dispositivos correspondientes para la prestación del servicio de teleasistencia que efectuará la empresa adjudicataria.
Instal·le al meu domicili els dispositius adients per a la prestació de servici de teleassistència que durà a terme l'empresa adjudicatària.
2. Comprobar, reparar, sustituir o retirar todo o parte de los elementos del equipo.
Comprove, repare, substituísca o retire tot o part dels elements de l'equip.
3. Solicitar la presencia y actuación, por mi cuenta, de los servicios de urgencia que permitan afrontar una situación que desencadene la alarma.
Demane la presència i l'actuació, pel meu compte, d'aquells servicis d'urgència que permeten afrontar una situació que desencadene l'alarma.
4. Tratar los datos aportados para la gestión de este servicio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 27 del Reglamento de Teleasistencia Domiciliaria.
Tracte les dades aportades per a la gestió d'este servici, d'acord amb el que establix l'article 27 del Reglament de Teleassistència Domiciliària.
5. Grabar las llamadas que emito desde mi domicilio al Centro de Atención siempre que dicha grabación se ajuste a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y a que dichas grabaciones estén a disposición de la Diputación de Valencia siempre que las requiera.
Grave les telefonades que puga emetre des del meu domicili al Centre d'Atenció sempre que la dita gravació s'ajuste a la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal amb la finalitat que les dites gravacions estiguen a disposició de la Diputació de València sempre que les requerisca.
6. A comunicar mis datos personales a la Diputación de Valencia para todas aquellas actuaciones necesarias para la gestión del servicio, en los términos recogidos en el Reglamento de Teleasistencia Domiciliaria, así como para la realización de estudios y estadísticas relacionadas con el mismo.
Comunique les meues dades personals a la Diputació de València per a totes aquelles actuacions necessàries per a la gestió del servici, en els termes arreplegats en el Reglament de Teleassistència Domiciliària, així com per a la realització d'estudis i estadístiques relacionades amb el mateix.

Y, para que así conste, lo firmo en _____, a _____ de _____ de 201____
I, perquè conste, firme el present a _____, a _____ d _____ de 201____

Codigo Expte en Diputacion
Referencia

COBERTURA SANITARIA/COBERTURA SANITÀRIA

COBERTURA SANITARIA PÚBLICA		
D/D ^a Sr/Sra	Número de Afiliación SS/ Número d' Afiliació	Nº S.I.P
D/D ^a Sr/Sra	Número de Afiliación SS/ Número d' Afiliació	Nº S.I.P

<i>M. Cabecera M. Capçalera</i>	Observ.

COBERTURA SANITARIA PRIVADA		
Compañía / Companyia	Núm. Asegurado / Núm Assegurat	Fecha de caducidad / Data de caducitat

CONTACTOS DEL USUARIO / CONTACTES DE L'USUARI

Nombre y apellidos Cognoms i nom	Relacion/ Relació	Telefono/ Telèfon
Domicilio/ Domicili	Llave /.Clau (si o no)	

Nombre y apellidos/ Cognoms i nom	Relacion/Relació	Telefono/Telèfon
Domicilio/ Domicili	Llave /.Clau (si o no)	Horario/Horari

Nombre y apellidos Cognoms i nom	Relacion/Relació	Telefono/Telèfon
Domicilio/ Domicili	Llave /.Clau (si o no)	Horario/Horari