



Consejería de Bienestar Social
Dirección General de Atención a la Dependencia

Nº Procedimiento

120040

Código SIACI

SJX5

SOLICITUD DE TELEASISTENCIA

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Vive sola/o	<input type="checkbox"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				
Centro de Salud de Referencia	<input type="text"/>				
Médico de Cabecera	<input type="text"/>				

DATOS DE LA PERSONA QUE CONVIVE CON EL SOLICITANTE EN SITUACIÓN SIMILAR DE RIESGO

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>		
Fecha nacimiento	<input type="text"/>				
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Relación con el solicitante:	<input type="text"/>				
Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>		
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				
Centro de Salud de Referencia:	<input type="text"/>				
Médico de Cabecera	<input type="text"/>				

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL DEL SOLICITANTE

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				



Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA

Correo postal Teléfono Correo electrónico

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Consejería de Bienestar Social, con la finalidad de gestionar el expediente. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante esta Dirección General (Avda. de Francia nº 4, 45071 Toledo) o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

1ª PERSONA DE CONTACTO CON LLAVE DEL DOMICILIO

Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Relación con el solicitante:	<input type="text"/>				
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>		
Correo electrónico	<input type="text"/>				
Horario de localización	<input type="text"/>				
Distancia al domicilio del solicitante	<input type="text"/>				

DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

Centro de trabajo:	<input type="text"/>				
Teléfono trabajo:	<input type="text"/>	Teléfono móvil trabajo:	<input type="text"/>		
Horario de localización	<input type="text"/>				
Distancia al domicilio del solicitante	<input type="text"/>				

2ª PERSONA DE CONTACTO CON LLAVE DEL DOMICILIO

Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Relación con el solicitante:	<input type="text"/>				
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>		
Correo electrónico	<input type="text"/>				
Horario de localización	<input type="text"/>				



Distancia al domicilio del solicitante

DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

Centro de trabajo:

Teléfono trabajo: Teléfono móvil trabajo:

Horario de localización

Distancia al domicilio del solicitante

OTROS FAMILIARES NO INCLUIDOS EN EL APARTADO ANTERIOR

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	TELÉFONO

Datos de la solicitud

EXPONE: Que reuniendo las condiciones contempladas en la Orden de 22 de Enero de 2003 por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia (modificada por Orden de 19 de enero de 2004, por Orden de 27 de febrero de 2006 y por Orden de 20 de febrero de 2007) y en la Carta de Servicios de Teleasistencia (Resolución de 21/01/2014 , de la Dirección General de Mayores, personas con Discapacidad y Dependientes, por la que se actualiza la Carta de Servicios de Teleasistencia)

SOLICITA: la incorporación a la prestación de Teleasistencia en las condiciones contempladas en dicha normativa

Acreditación del cumplimiento de los requisitos

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

- La vivienda para la que se solicita la Teleasistencia es usada habitual y permanentemente por la persona interesada
- Se compromete asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifica en la Orden que regula la Teleasistencia, las cuales conoce y acepta en su integridad.
- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, en caso de ser propuesto como usuario.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno,

podrá ser excluida de este procedimiento de concesión de prestación, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

Autorizaciones

AUTORIZA a este órgano gestor de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

SI **NO:** Los acreditativos de identidad.

SI **NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

-

-

SI **NO:** Los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración regional, concretamente los siguientes:

- Documento....., presentado con fecha.....ante la unidad..... de la Consejería de.....

- Documento....., presentado con fecha.....ante la unidad..... de la Consejería de....
.....

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

La presente autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la subvención objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

Certificado del padrón municipal o certificado de convivencia, en el que consten las personas que conviven en el domicilio.

Informe médico emitido por su médico del Centro de Salud (modelo SESCAM-Turriano/ **Informe Salud (B. Social)**), señalando los ítems correspondientes a **Prestación ayuda a domicilio/Teleasistencia**: Audición; Visión; Problemas de Conducta; Orientación espacio-temporal). En el caso de no ser atendido por un médico del SESCAM, deberá aportar Informe médico según modelo publicado como Anexo III en la Orden de 22 de Enero de 2003 por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia).

Además de los anteriores, los solicitantes que no hayan prestado su consentimiento para que la Administración compruebe directamente los datos referidos a identidad y domicilio presentarán también los siguientes documentos:

Fotocopia del Documento Nacional de Identidad/Número de Identificación Fiscal/Número de Identificación de Extranjero.



Consejería de Bienestar Social
Dirección General de Atención a la Dependencia

MUY IMPORTANTE:

El/la trabajador/a social de su barrio o localidad, a quien encontrará en el Centro Social, puede prestarle una valiosa información, tanto para aclarar el funcionamiento del Servicio de Teleasistencia como para la documentación que ha de acompañar a su solicitud y para agilizar la tramitación.

En.....a.....de.....de 2.0.....

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE