**SISH**

**120033**

**SOLICITUD DE TRASLADO VOLUNTARIO DE CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA**

Código SIACI

Nº Procedimiento

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
|  |
| NIF [ ]  NIE [ ]  |  | Número de documento |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de nacimiento: |       |

 |
|  |
|  |
|  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |
| Horario preferente para recibir llamadas: |       |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** |
|  |
| NIF [ ]  NIE [ ]   | Número de documento: |       |  |
|  |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |
| Horario preferente para recibir llamadas: |       |  |
| Relación con el solicitante: **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por la persona interesada.** |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| [ ]  Correo postal  *(Podrán elegir esta opción quienes NO estén obligados a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*[ ]  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Discapacidad  |
| **Finalidad** | Tramitación de solicitudes de ingresos en residencias, estadísticas y gestión de la lista de espera. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha y el Decreto 281/2004, de 10 de diciembre) |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos  |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos> |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| EXPONE que cumple los requisitos exigidos por el Decreto 281/2004, de 10 de diciembre, por el que se establece el régimen jurídico de los Centros de Atención a Personas con Discapacidad Física de Castilla-La Mancha y el procedimiento de acceso a los mismos, y la Orden de 29 de marzo de 2005, **de la Consejería de Bienestar Social,** por la que se regula el procedimiento para la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en los Centros de atención a personas con discapacidad física integrados en la Red Pública de Castilla-La Mancha. |
| DATOS DEL CENTRO DEL QUE LA PERSONA INTERESADA ES USUARIA:TIPO DE CENTRO       NOMBRE DEL CENTRO      DOMICILIO DEL CENTRO       TELÉFONO:      LOCALIDAD       CÓDIGO POSTAL       PROVINCIA      SOLICITA (Traslado de Centro):TIPO DE CENTRO       NOMBRE DEL CENTRO      DOMICILIO DEL CENTRO       TELÉFONO:      LOCALIDAD       CÓDIGO POSTAL       PROVINCIA      MOTIVO DE LA SOLICITUD DE TRASLADO:[ ]  Reagrupamiento familiar en el mismo centro[ ]  Aproximación geográfica del centro al lugar de residencia de los familiares[ ]  Circunstancias de salud física y/o psíquica |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaraciones responsables:**La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:[ ]  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.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, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.**Autorizaciones**Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:[ ]  Me opongo a la consulta de datos de identidad.[ ]  Me opongo a la consulta de residencia.En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.**Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.**-      -      -       **DOCUMENTACIÓN** a aportar: [ ]  Libro de familia o documentación que acredite la relación de parentesco, cuando se alegue causa de reagrupamiento familiar o aproximación geográfica del centro al lugar de residencia de los familiares.[ ]  Certificado de empadronamiento de los miembros de la unidad familiar, cuando se alegue causa de aproximación geográfica del centro al lugar de residencia de los familiares. |

En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

Organismo destinatario: DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE