120017

SISI

Nº Procedimiento

Código SIACI

**SOLICITUD DE ALOJAMIENTO TEMPORAL EN LOS CENTROS DE**

**ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | | |  | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **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: | | |  | |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Relación con el solicitante:  **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante, habiendo éste adjuntar documento acreditativo de la representación legal.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **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** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  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://rat.castillalamancha.es/info/0185> |

|  |
| --- |
| **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. |
| SOLICITA (Tipo de centro solicitado):  CENTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE (CADF)  VIVIENDA CON APOYO  RESIDENCIA/VIVIENDA PARA PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL  Indique centros de preferencia:  1º.  2º.  3º.  4º. |
| DURACIÓN DEL ALOJAMIENTO TEMPORAL:  MOTIVO DEL ALOJAMIENTO TEMPORAL: |
|  |

|  |
| --- |
| **declaraciones responsables** |
| **Miembros de la unidad familiar que dependan económicamente de la persona solicitante:**  Rellenar solo en el caso de que la personas interesada tenga a su cargo cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o hijos menores de 25 años o mayores con discapacidad que dependan económicamente de ella.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Relación con el solicitante | Nombre | 1º Apellido | 2º Apellido | DNI | Fecha de nacimiento | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   Es necesario rellenar el Anexo de Autorización de Cesión de Datos que aparece en la página 6 de esta solicitud por cada uno de los miembros de la unidad familiar identificados en el cuadro anterior.  **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, COMPROMISO Y DOCUMENTACIÓN** |
| **AUTORIZACIONES**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 29/2015, de 1 de octubre, del procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier otra 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 de la persona interesada y de su representante o guardador de hecho.  Me opongo a la consulta de domicilio y residencia.  Me opongo a la consulta de datos de bienes inmuebles de los que sea titular la persona interesada.  Me opongo a la consulta de datos sobre pensiones públicas.  **AUTORIZACIONES EXPRESAS**  **Autorizo** la consulta de datos tributarios correspondientes a la última declaración de la renta de las personas físicas y del patrimonio.  La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control 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 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  Consiento expresamente la consulta de mi historia social, así como de os informes médicos, psicológicos y pruebas complementarias imprescindibles, para la valoración de ingreso en centros de atención a personas con discapacidad, del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.  El consentimiento se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente solicitud y quedará restringido a los informes médicos y psicológicos imprescindibles para la valoración de ingreso en centros de atención a personas con discapacidad.  En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución el 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:  Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .  Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .  Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .  En caso de no otorgar la autorización indicada anteriormente, deberá presentar:  Documento Nacional de Identidad de la persona interesada.  Las personas que carezcan de la nacionalidad española aportarán tarjeta acreditativa de su condición de residente en la que figure el Número de Identificación de Extranjero.  Certificado de empadronamiento de la persona interesada, con indicación de fecha de antigüedad.  La última declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas de la persona interesada.  La última declaración del impuesto sobre el patrimonio de la persona.  La información de todos los bienes inmuebles de los que sea titular la persona interesada.  La información sobre pensiones públicas que perciba la persona interesada.  **DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A APORTAR JUNTO CON LA SOLICITUD:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:  Certificado Médico de no padecer enfermedad infecto-contagiosa.  En el supuesto de personas con medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica, se aportará documento acreditativo de dichas medidas.  En el supuesto de personas con medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica, se aportará solicitud de autorización judicial de ingreso en centro residencial. |

En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE

Debe rellenarse un modelo del presente ANEXO, en su caso, por cada uno de los miembros de la unidad familiar que dependan económicamente de la persona solicitante.

**ANEXO – AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DECLARADOS EN LA SOLICITUD DE ALOJAMIENTO TEMPORAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA.**

Para la tramitación de la solicitud de ingreso en centro de atención a personas con discapacidad física, y de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Delegación Provincial de la Consejería de Bienestar Social va a proceder a verificar los siguientes datos y documentos relativos a los miembros de la unidad familiar que a continuación se relacionan, salvo que los mismos no autoricen expresamente dicha comprobación, en cuyo caso se comprometen a aportar la documentación pertinente.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Discapacidad |
| **Finalidad** | Ingreso en residencias de personas con discapacidad |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos.  Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha y el Decreto 13/1999, de 16 de febrero. |
| **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:/rat.castillalamancha.es/info/0185. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Nombre: |  | 1º Apellido: |  | 2º Apellido: |  |  |
|  | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | NIF | NIE | Núm. documento |  | Relación con el solicitante: |  | | | | | | | |
| **AUTORIZACIONES EXPRESAS**  **Autorizo** la consulta de datos tributarios correspondientes a la última declaración de la renta de las personas físicas.  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 de la persona interesada y de su representante o guardador de hecho.  Me opongo a la consulta de domicilio y residencia.  Me opongo a la consulta de datos sobre prestaciones públicas.  Me opongo a la consulta de datos sobre grado de discapacidad reconocida.  En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deberá 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:  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  En el supuesto de que expresamente no autorice a este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social a consultar alguno de los anteriores documentos, declara aportar los siguientes documentos:  -  - | | | | | | | |

Firma o firma digital con DNI electrónico o certificado válido: