**120006**

**SI32**

**SOLICITUD DE PLAZA PARA EL SERVICIO DE ESTANCIAS TEMPORALES EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física NIF | | | NIE | | | | | | Nº documento | | | |  | | | | | | | Hombre | | | Mujer |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | |  |  | | --- | --- | | Nacionalidad: |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | C.P.: | | |  | | | | |  | | Población: | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | | | |  | Fecha nacimiento: | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| NIF  NIE | | | Nº documento: | | | |  | | | | | | | | | | Hombre | | | Mujer | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | |  | T. móvil: | | | |  | | |  | | Correo electrónico: | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la persona designada.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA** |
| 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 Mayores |  |
| **Finalidad** | Gestión de la adjudicación de plazas temporales de estancia en residencia de mayores. |  |
| **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 la Orden de 20/12/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social. |  |
| **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/0678> |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **EXPONE**:  Que reúne los requisitos de la Orden 20/12/2010 de la Consejería de Salud y Bienestar Social por la que se aprueba el procedimiento para el acceso de las personas mayores a los servicios de estancia temporal y los traslados de centro residencial, así como el ingreso en plazas de carácter indefinido por circunstancias de tipo personal o social en los centros residenciales de la red pública de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.  **SOLICITA PLAZA PARA EL SERVICIO DE ESTANCIAS TEMPORALES EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | DEMANDA DE LA PERSONA SOLICITANTE: | | | | Estancia temporal   |  | | --- | |  |   Fecha desde   |  | | --- | |  |   Hasta | Tipo de Plaza:  Persona autónoma  Persona en situación de dependencia   |  | | --- | |  |   Grado     |  | | --- | |  |   Nivel | Ha solicitado valoración de dependencia:  SI  NO  Tiene reconocida prestación por parte del sistema atención a la dependencia:  SI  NO | |
| Señalar centros residenciales que solicita:  Todos los centros residenciales de la Comunidad Autónoma.  Todos los centros residenciales de las Provincias de Elija un elemento.  Solo los centros residenciales seleccionados preferentemente.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Nombre del centro residencial | Localidad | Provincia | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | |
| **Datos económicos**:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | DATOS ECONÓMICOS |  | | Clase de pensión | Origen | Cuantía mensual | Nº de pagas extraordinarias al año | |  | SOLICITANTE |  |  | € |  | | Pensiones |  |  | € |  | |  |  | € |  | | ACOMPAÑANTE |  |  | € |  | |  |  | € |  | |  |  | € |  | | Otros ingresos | Origen o Procedencia | | | | Cuantía mensual | |  | | | | € | |  | | | | € | |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante (y, en su caso, la persona acompañante), en su propio nombre o en representación de la persona interesada declara que todos los datos consignados son veraces, afirmando 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 (y, en su caso, la persona acompañante), 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 acreditativos de identidad de la persona interesada y de su representante, en su caso.  Me opongo a la consulta de los datos relativos al domicilio o residencia  Me opongo a la consulta de los datos sobre los bienes inmuebles de los que sea titular la persona interesada.  Me opongo a la consulta de los datos sobre pensiones públicas que perciba la persona interesada.  Me opongo a la consulta de los datos sobre discapacidad.  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  **Datos de naturaleza tributaria**:  Autorizo expresamente la consulta de datos tributarios para determinar la cuantía en concepto de copago de la persona.    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.  **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.**  En caso de no otorgar la autorización anteriormente, deberá presentar:  Documento Nacional de Identidad de la persona interesada o 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.  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 interesada.  La información de todos los bienes inmuebles de los que se titular la persona interesada.  La información sobre pensiones públicas que perciba la persona interesada. |

En            a       de       de      .

Firma SOLICITANTE, Firma ACOMPAÑANTE (en su caso),

          

Firma (DNI electrónico o certificado válido) Firma (DNI electrónico o certificado válido)

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE Elija un elemento.