SOLICITUD DE ALTA EN EL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA

Los datos marcados con asterisco (*) son obligatorios

1 . - QUIÉN PRESENTA LA SOLICITUD *

◯ Persona interesada ◯ Representante

2. - DATOS DE LA PERSONA INTERESADA *

Apellido 1	**Apellido 2**	**Nombre**
Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre	**Nº Identificación DNI/NIE**	
TIS **(Tarjeta individual sanitaria)**	**Fecha de nacimiento**	

00870

Dirección de la persona interesada

Calle		Bloque	Nº	Piso	Mano	Puerta
C.P.	Municipio	Provincia				
Teléfono 1	**Teléfono 2**	**Correo**				

Perfil de la persona interesada *

- ☐ Persona mayor de 75 años que vive sola
- ☐ Persona mayor de 65 años en situación de dependencia reconocida (grado I, II, III)
- ☐ Persona mayor de 65 años en riesgo de dependencia (al menos 23 puntos en el Baremo de valoración). *Nota: deberá adjuntarse documentación acreditativa*
- ☐ Persona con discapacidad intelectual en situación de dependencia reconocida
- ☐ Persona con discapacidad física en situación de dependencia reconocida
- ☐ Persona con discapacidad sensorial en situación de dependencia reconocida
- ☐ Persona con enfermedad mental diagnosticada en situación de dependencia reconocida
- ☐ Persona, que estando en situación de riesgo de aislamiento social, se le detecte, por el servicio social de base, necesidades que pueden ser atendidas por el servicio de teleasistencia. (*Nota: deberá adjuntarse informe del servicio social de base)*

3 . - DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Sólo debe cumplimentarse este apartado si la persona que rellena la solicitud es la persona representante de la interesada en el servicio de teleasistencia **y deberá adjuntarse documento acreditativo de la representación.**

Apellido 1	**Apellido 2**	**Nombre**			
Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre	**Nº Identificación DNI/NIE**				
Calle	Bloque	Nº	Piso	Mano	Puerta
C.P.	Municipio	Provincia			
Teléfono 1	**Teléfono 2**	**Correo**			
Contacto instalación ☐					

4. - NOTIFICACIÓN *

☐ **Postal**	☐ **Telemática**	
	Si elige el canal telemático es imprescindible disponer de certificado electrónico reconocido Cuando tenga una notificación recibirá un e-mail o SMS (dependiendo del canal de aviso de notificación elegido) que le indicará que debe acceder a la página www.euskadi.eus/micarpeta para consultar sus notificaciones.	
	Canal de aviso	☐ SMS
		☐ E-mail

5 . - SOLICITUD DE EXENCIÓN DE PAGO *

☐ SI ☐ NO

Nota: Estarán exentas del pago aquellas personas cuyos ingresos mensuales sean igual o inferiores al IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples que se actualiza anualmente).

6 . - CONSULTA / VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

La Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco consultará de oficio (art. 28 de la Ley 39/2015):

1) Datos de identificación.
2) Datos de empadronamiento.
3) Tarjeta sanitaria.
4) Datos sobre dependencia.
5) Datos tributarios, nivel de renta (solo si se ha solicitado exención del pago).

Salvo que la persona interesada se oponga a ello, de manera motivada. (Apartado 9. Información sobre el tratamiento de los datos de carácter personal, https://www.euskadi.eus/clausulas-informativas/web01-sedepd/es/transparencia/065100-capa1-es.shtml).

En el caso de los datos tributarios, para que el órgano instructor pueda comprobar de oficio la documentación correspondiente al cónyuge o pareja de hecho de la persona solicitante, es precisa la autorización.

CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	DNI/NIE	Firma

☐ Autorizo a que la Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco recabe de la administración tributaria correspondiente los datos de nivel de renta IRPF necesarios para determinar el reconocimiento de la exención de pago del precio solicitada

Nota: si no se presta autorización deberá presentar la siguiente documentación:
"Ultima autoliquidación del IRPF o, en su caso, por inexistencia de la citada autoliquidación, certificado o documento acreditativo de datos tributarios sobre las rentas obtenidas"

7 . - DATOS BANCARIOS *

Autorizo que los recibos correspondientes al servicio de teleasistencia sean cargados en la siguiente cuenta

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Titular de la cuenta _____ DNI/NIE _____

8 . - DECLARACIONES / AUTORIZACIONES *

DECLARO

1. Que son ciertos todos los datos de esta solicitud y los documentos que se adjuntan
2. Que estoy informado/a de que es mi obligación comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y económico patrimoniales en un plazo de 30 días.
3. Que me comprometo a aportar los documentos que se requieren relacionados con la finalidad de esta solicitud.

¿AUTORIZA a la Dirección de Servicios Sociales para realizar consultas, así como para solicitar datos e informes, al Servicio Vasco de Salud, o a otras entidades sanitarias y administraciones con competencia en materia de servicios sociales, que fueran necesarios con relación a su situación sanitaria y social, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos fines de acceso al servicio público de teleasistencia solicitado y de mantenimiento de dicho servicio?

☐ SI ☐ NO

¿AUTORIZA a la Dirección de Servicios Sociales a facilitar los datos reflejados en la solicitud, así como los que se deriven del procedimiento para la resolución de la solicitud y de cuantas actuaciones se desarrollen por el servicio de teleasistencia al Servicio Vasco de Salud o a otras entidades sanitarias, a la Dirección del Gobierno Vasco competente en materia de protección civil y emergencias y a administraciones con competencia en materia de servicios sociales a los exclusivos fines de prestación del servicio de teleasistencia solicitado?

☐ SI ☐ NO

9. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Información básica sobre protección de datos

Sus datos de carácter personal serán tratados e incorporados a la actividad de tratamiento denominada: *Teleasistencia*.

- **Responsable**: Dirección de Servicios Sociales, Departamento de Empleo y Políticas Sociales
- **Finalidad**: Gestión del servicio de Teleasistencia.
- **Legitimación**:
  - Tratamiento necesario para el cumplimiento de obligaciones legales aplicables.
- **Destinatarios:**
  - Diputaciones Forales
- **Derechos**: Usted tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos que se recogen en la información adicional.
- **Información adicional**: Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web:

  www.euskadi.eus/clausulas-informativas/web01-sedepd/es/transparencia/065100-capa2-es.shtml

Normativa:

- Reglamento General de Protección de Datos

  (eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=ES)

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673)

En _____ , a _____

Firma de la persona interesada	Firma de la persona representante

DATOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Idioma *

Lengua de preferencia para la prestación del servicio

☐ Euskera ☐ Castellano

PERSONAS DE CONTACTO * (por orden de prioridad)

1ª Persona de Contacto

Persona Física				
Apellido 1	**Apellido 2**	**Nombre**	**DNI**	**Firma**
Parentesco con la persona interesada				
¿Posee copia de las llaves del domicilio de la persona interesada?			☐ SI	☐ NO
Contacto instalación ☐				

Teléfono 1 *	**Teléfono 2**	**Teléfono 3**

2ª Persona de Contacto

Persona Física				
Apellido 1	**Apellido 2**	**Nombre**	**DNI**	**Firma**
Parentesco con la persona interesada				
¿Posee copia de las llaves del domicilio de la persona interesada?			☐ SI	☐ NO
Contacto instalación ☐				

Teléfono 1 *	**Teléfono 2**	**Teléfono 3**

3ª Persona de Contacto

Persona Física				
Apellido 1	Apellido 2	Nombre	DNI	Firma
Parentesco con la persona interesada				
¿Posee copia de las llaves del domicilio de la persona interesada?			☐ SI	☐ NO
Contacto instalación ☐				

Teléfono 1 *	Teléfono 2	Teléfono 3

4ª Persona de Contacto

Persona Física				
Apellido 1	Apellido 2	Nombre	DNI	Firma
Parentesco con la persona interesada				
¿Posee copia de las llaves del domicilio de la persona interesada?			☐ SI	☐ NO
Contacto instalación ☐				

Teléfono 1 *	Teléfono 2	Teléfono 3

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos de carácter personal que consten en la solicitud serán tratados e incorporados a la actividad de tratamiento denominada “Teleasistencia”.

- Responsable: Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Dirección de Servicios Sociales
- Finalidad: Gestión del servicio público de teleasistencia.
- Legitimación: Tratamiento necesario para el cumplimiento de obligaciones legales aplicables.
- Derechos: Ud. tiene el derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos, así como de limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.
- Información adicional: Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: http://www.euskadi.eus/rgdaap/00870

En cumplimiento de:

- Reglamento General de Protección de Datos
  https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-0088.pdf
- Ley Orgánica de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales
  https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf