

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DEL REONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**
1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
NÚM D'EXPEDIENT / Nº DE EXPEDIENTE	COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ / COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO		

Té una resolució per la qual se li reconeix la situació de dependència?
¿Tiene resolución por la cual se le reconoce la situación de dependencia?

 Sí

 No

En cas afirmatiu indique:
En caso afirmativo indique:

Grau:
Grado: _____

Nivell (en el seu cas):
Nivel (en su caso): _____

Té una resolució per la qual se li aprova el Programa individual d'atenció (PIA)?
¿Tiene resolución por la cual se le aprueba el Programa Individual de Atención (PIA)? Sí No

2.- DOMICILI EN LA COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ / DOMICILIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO
**(Cal emplenar-lo únicament si ja té residència en la comunitat autònoma de destinació)
(Cumplimentar únicamente si ya tiene residencia en la comunidad autónoma de destino)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO			

3.- DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN
**(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior)
(Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenos en el punto anterior)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO			

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:****A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DEL REONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA****1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
NÚM D'EXPEDIENT / Nº DE EXPEDIENTE	COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ / COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO		

Té una resolució per la qual se li reconeix la situació de dependència?
¿Tiene resolución por la cual se le reconoce la situación de dependencia? Sí NoEn cas afirmatiu indique:
*En caso afirmativo indique:*Grau:
Grado: _____Nivell (en el seu cas):
Nivel (en su caso): _____Té una resolució per la qual se li aprova el Programa individual d'atenció (PIA)?
¿Tiene resolución por la cual se le aprueba el Programa Individual de Atención (PIA)? Sí No**2.- DOMICILI EN LA COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ / DOMICILIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO****(Cal emplenar-lo únicament si ja té residència en la comunitat autònoma de destinació)
(Cumplimentar únicamente si ya tiene residencia en la comunidad autónoma de destino)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO			

3.- DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior)
(Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenos en el punto anterior)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO			

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

C **AUTORITZACIÓ I SIGNATURA**
AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, la persona sol·licitant o la seua representant legal **AUTORITZA** a l'Administració autonòmica de la comunitat autònoma de destinació, que consulte directament, de forma telemàtica, les dades de residència en el Sistema de Verificació de Dades de Residència.

*Mediante la firma de esta solicitud, la persona solicitante o su representante legal **AUTORIZA** a la Administración autonómica de la comunidad autónoma de destino, a que consulte directamente de forma telemática, los datos de residencia en el Sistema de Verificación de Datos de Residencia.*

En cas de no autoritzar marque la casella següent :

En caso de no autorizar marque la siguiente casilla:

NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar certificat que acredite l'empadronament de la persona sol·licitant en un municipi de la comunitat autònoma de destinació.

***NO AUTORITZA** el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar certificado que acredite el empadronamiento de la persona solicitante en un municipio de la comunidad autónoma de destino.*

_____ , _____ d _____ del _____

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La persona representant legal
La persona representante legal

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA", creat per gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual la persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de Protección de Datos de Carácter Personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

C **AUTORITZACIÓ I SIGNATURA**
AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, la persona sol·licitant o la seua representant legal **AUTORITZA** a l'Administració autonòmica de la comunitat autònoma de destinació, que consulte directament, de forma telemàtica, les dades de residència en el Sistema de Verificació de Dades de Residència.

*Mediante la firma de esta solicitud, la persona solicitante o su representante legal **AUTORIZA** a la Administración autonómica de la comunidad autónoma de destino, a que consulte directamente de forma telemática, los datos de residencia en el Sistema de Verificación de Datos de Residencia.*

En cas de no autoritzar marque la casella següent :
En caso de no autorizar marque la siguiente casilla:

NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar certificat que acredite l'empadronament de la persona sol·licitant en un municipi de la comunitat autònoma de destinació.
***NO AUTORITZA** el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar certificado que acredite el empadronamiento de la persona solicitante en un municipio de la comunidad autónoma de destino.*

_____ , _____ d _____ del _____

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La persona representant legal
La persona representante legal

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGAN COMPETENTE

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA", creat per gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual la persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de Protección de Datos de Carácter Personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.