

0721- SOLICITUD DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

PRESTACIONES DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA DE CASTILLA Y LEÓN

❖ Datos identificativos de la persona solicitante:

Apellidos:.....Nombre:

NIF/NIE..... Fecha de nacimiento...../...../..... Estado civil:Edad:.....

Domicilio..... C.P.3700.....Salamanca

Teléfono.....Teléfono móvil..... Correo electrónico.....

❖ Datos de la persona representante (en su caso): Legal Voluntaria

Apellidos:.....Nombre:.....

NIF/NIE..... Fecha de nacimiento...../...../..... Teléfono:.....

Domicilio..... Municipio.....

Provincia..... C.P..... País.....

Correo electrónico.....

❖ Domicilio a efectos de notificación: Solicitante Representante

Notificación postal Notificación electrónica, **imprescindible facilitar el correo electrónico**
(Si dispone de certificado electrónico o sistema cl@ve)

❖ Datos de la unidad familiar: **Nº de miembros** (incluida la persona solicitante).....

Nombre y apellidos	DNI/NIE	Fecha de nacimiento	Parentesco
			Solicitante

❖ La concesión de la prestación implica la activación de los servicios de Teleasistencia Básica, que si usted desea, también incluye (*marque la opción que elija*)

- Custodia de llaves a través de personas de contacto.
- Custodia de llaves a través de la empresa

Para acceder a los servicios de Teleasistencia avanzada, la persona interesada debe firmar el Plan Individualizado de intervención (PII) que le ofrecerán en su Centro de Acción Social (CEAS)

❖ **Personas de contacto** (Se recomienda facilitar un mínimo de 3)

Nombre y apellidos	Teléfono de contacto	Relación o parentesco	Con llaves -s/n	Consentimiento ⁽¹⁾ (Es necesario su firma)

(1) Las personas de contacto facilitadas deben firmar su consentimiento

❖ **Datos de asistencia sanitaria** (cobertura sanitaria)

Seguridad Social **CIPA / CIP** | | | | | | | | | |

Mutua / Seguro privado:/.....

❖ **Documentación que debe acompañar a la solicitud:**

- DNI/NIE** de la persona solicitante, y en su caso, de quien actúe como representante
- Si la **representación es legal**, original o copia de la **sentencia judicial** que lo acredite
- Informe de salud actualizado para solicitar prestaciones sociales**, de la persona solicitante

❖ **Declaraciones responsables de la persona interesada o su representante**

- Declaro que los **documentos aportados son fiel copia de los originales** que obran en mi poder, que dispongo de la documentación que así lo acredita y que la pondré a disposición de la Administración cuando me sea requerida, comprometiéndome a mantener dicha documentación a su disposición durante el tiempo inherente al reconocimiento o ejercicio de mi derecho.
- Declaro que conocemos que **la inexactitud o falsedad en cualquier dato o documento** que acompaña a esta declaración responsable implicará la nulidad de lo actuado, impidiendo el ejercicio del derecho o actividad afectada, sin perjuicio de la obligación de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento del derecho y de las responsabilidades penales o de otro orden que en Derecho procedieren.

Salamanca, (fecha).....

Firma de la persona interesada

Firma de la persona representante (en su caso)

❖ **Protección de datos de carácter personal**

Información básica: Los datos recabados en este formulario serán incorporados y tratados en la actividad de tratamiento correspondiente a la solicitud que se formula, con los límites y condiciones establecidos tanto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Información adicional: Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición a que se refiere la citada normativa, y/o contactar con el Delegado de Protección de Datos en este enlace: <http://www.aytosalamanca.es/es/ciudadanoyempresa/protecciondedatos/>, en el que también podrá consultar la información completa sobre la finalidad, legitimidad y contenido de la citada actividad.