



Solicitud de Acceso a Centros y Servicios Sociosanitarios para personas con discapacidad a las que no corresponde acceder a los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia, o presentan una situación de urgencia sociosanitaria

Unidad de Atención a la Dependencia Área de discapacidad

A/A PRESIDENCIA DEL INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN SOCIAL Y SOCIO SANITARIA

NUEVA SOLICITUD ACTUALIZACIÓN DE DATOS

1.- DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE PLAZA PÚBLICA EN CENTRO/SERVICIO SOCIO SANITARIO:

1^{ER} APELLIDO: _____ 2^º APELLIDO: _____
NOMBRE: _____ SEXO: Hombre Mujer
NIF/NIE/PASAPORTE: _____ ESTADO CIVIL: _____ Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN: (Los campos marcados con (*) tienen carácter obligatorio) _____
TIPO DE VÍA (*): _____ DOMICILIO (*): _____
Nº (*): _____ BLOQUE: _____ ESCALERA: _____ PISO: _____ PUERTA: _____ CP: _____
MUNICIPIO (*): _____ PROVINCIA(*): _____
CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO/S DE CONTACTO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: SOLICITUD. RESOLUCIÓN GRADO. DICTAMEN PIA. RESOLUCIÓN PIA.
 REVISIÓN DE PIA. REVISIÓN DE GRADO DE DISCAPACIDAD.
RECOGNOCIMIENTO O REVISIÓN DE GRADO DE DISCAPACIDAD: No Sí
DICTAMEN TÉCNICO FACULTATIVO: _____
GRADO TOTAL DISCAPACIDAD: _____

2.- DATOS DE LA PERSONA QUE ACTÚA EN CALIDAD DE FIGURA DE APOYO:

INDICAR SU CONDICIÓN: DEFENSA JUDICIAL. CURATELA REPRESENTATIVA.
 GUARDA DE HECHO. EN PROCESO DE MODIFICACIÓN DE CAPACIDAD JURÍDICA.
1^{ER} APELLIDO: _____ 2^º APELLIDO: _____
NOMBRE: _____
NIF/NIE/PASAPORTE: _____ TELÉFONO/S DE CONTACTO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____ RELACIÓN /PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE: _____
DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN: (Los campos marcados con (*) tienen carácter obligatorio) _____
TIPO DE VÍA (*): _____ DOMICILIO (*): _____
Nº (*): _____ BLOQUE: _____ ESCALERA: _____ PISO: _____ PUERTA: _____ CP: _____
MUNICIPIO (*): _____ PROVINCIA (*): _____

TIPOLOGÍA DE CENTRO/SERVICIO SOLICITADO:

Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (Atención Domiciliaria Especializada–SADE).

Centro de Atención Diurna.

Centro de Atención Residencial.

FIRMA

PERSONA Solicitante:

FIRMA

PERSONA FIGURA DE APOYO

FECHA

FECHA

Documentación a presentar

- Fotocopia del NIF/NIE/Pasaporte, de la persona solicitante.
- Fotocopia del NIF/NIE/Pasaporte, de la persona acreditada como Figura de Apoyo, en caso que proceda.

Se le informa que el responsable del tratamiento es el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria de la Isla de Tenerife (IASS). Sus datos personales serán tratados con la finalidad de atender la Solicitud de acceso o ingreso en un recurso de atención a personas mayores o para personas mayores en situación de dependencia. La base legítima del tratamiento es, con carácter principal, el ejercicio de poderes públicos conferidos conforme la normativa aplicable en esta materia. En atención a los fines descritos sus datos podrán ser comunicados a terceros que tengan implicación directa en el procedimiento. Asimismo, no están previstas transferencias internacionales de sus datos personales. Por último, se pone en su conocimiento que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, pudiendo consultar la misma en <https://www.iass.es/>. Del mismo modo se le informa que, de conformidad con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015 tiene el derecho a no aportar a los procedimientos administrativos los documentos que obren en poder de la Administración, o que hubiesen sido elaborados por ésta, siendo la base de legitimación principal del tratamiento de sus datos personales el cumplimiento de una misión en interés público o, particularmente, el ejercicio de poderes públicos. En cualquier caso, se le reconoce, asimismo, la posibilidad de oponerse a que el IASS consulte o recabe los citados documentos marcando la siguiente casilla . En caso de marcarla, deberá usted aportar los documentos necesariamente, si no lo hiciera, el IASS podría no estimar su solicitud.