



## Solicitud de Acceso a Centros y Servicios Sociosanitarios

Unidad de Atención a la Dependencia Área de Mayores

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

NUEVA SOLICITUD  MODIFICACIÓN DE SOLICITUD ANTERIOR

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

1<sup>ER</sup> APELLIDO \_\_\_\_\_ 2<sup>º</sup> APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO:  Hombre  Mujer

NIF/NIE/PASAPORTE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ N<sup>º</sup> AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: (Los campos marcados con (\*) tienen carácter obligatorio) \_\_\_\_\_

TIPO DE VÍA (\*): \_\_\_\_\_ DOMICILIO (\*): \_\_\_\_\_

N<sup>º</sup> (\*): \_\_\_\_\_ 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.

RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD:  No  Sí (Especificar Grado Total Discapacidad): \_\_\_\_\_

### 2.-DATOS DEL/LA CÓNYUGE/PAREJA DE LA PERSONA SOLICITANTE DE PLAZA (si la hubiera)

1<sup>ER</sup> APELLIDO \_\_\_\_\_ 2<sup>º</sup> APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO:  Hombre  Mujer

NIF/NIE/PASAPORTE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ N<sup>º</sup> AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:  SOLICITUD.  RESOLUCIÓN GRADO.  DICTAMEN PIA.  RESOLUCIÓN PIA.

RECONOCIMIENTO DE GRADO DE DISCAPACIDAD:  No  Sí (Especificar Grado Total Discapacidad): \_\_\_\_\_

### 3.- DATOS DE LA PERSONA QUE ACTÚA EN CALIDAD DE REPRESENTANTE:

INDICAR SU CONDICIÓN:  TUTELA (ADJUNTAR SENTENCIA).  CURATELA (ADJUNTAR SENTENCIA).  
 GUARDA DE HECHO.  EN PROCESO DE INCAPACITACIÓN.

1<sup>ER</sup> APELLIDO \_\_\_\_\_ 2<sup>º</sup> 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 (\*): \_\_\_\_\_

N<sup>º</sup> (\*): \_\_\_\_\_ BLOQUE: \_\_\_\_\_ ESCALERA: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ PUERTA: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO (\*): \_\_\_\_\_ PROVINCIA (\*): \_\_\_\_\_

**TIPOLOGÍA DE CENTRO/SERVICIO SOLICITADO:**

- Servicio de Promoción de la Autonomía Personal.
- Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (Atención Domiciliaria Especializada–SADE).
- Servicio de Teleasistencia.
- Centro de Atención Diurna.
- Centro de Atención Residencial.

**SOLICITUD DE PLAZA:**

- SOLO PARA LA PERSONA SOLICITANTE.
- PARA SOLICITANTE Y SU CÓNYUGE/PAREJA.

**ZONAS GEOGRÁFICAS DE PREFERENCIA (Marcar la zona o las zonas que desee):**

- Metropolitana
- Norte
- Sur

FIRMA/S  
**PERSONA Solicitante y cónyuge/pareja:**

FIRMA  
**PERSONA REPRESENTANTE**

FECHA

FECHA

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.



## Documentación a presentar con la solicitud de acceso a Centros y Servicios Sociosanitarios

*Unidad de Atención a la Dependencia Área de Mayores*

- Solicitud según modelo IASS, firmada por la persona mayor (y su cónyuge/pareja).
- Formulario de Autorización Consulta y Tratamiento de Datos Personales, según modelo IASS.
- Formulario de Autorización Consulta y Tratamiento de Datos Personales de Unidad Familiar, según modelo IASS.
- Declaración Jurada como Guardador/a de Hecho, según modelo IASS; en aquellos casos en los que la persona representante de la solicitante no ostente su tutela o curatela legal, pero ejerza su guarda y cuidado.
- Formulario de Persona de Contacto, según modelo IASS.
- Informe Social según modelo IASS.
- Informe Médico según modelo IASS.
- Informe de Requerimientos Sanitarios según modelo IASS.
- Fotocopia del NIF/NIE o pasaporte\*, de la persona solicitante o las personas solicitantes, si se trata de su cónyuge o pareja.
- Si la persona actúa como representante firmando la solicitud de acceso (con la condición de tutela o curatela, en el supuesto de que exista sentencia; o con la condición de guarda de hecho), aportará fotocopia de su documento de identidad (NIF/NIE/pasaporte)\*.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria de la persona solicitante o las personas solicitantes, si se trata de su cónyuge o pareja.
- En los casos en los que exista una persona que tenga la condición de tutora o curadora legal, presentar sentencia. Si el procedimiento de incapacitación se encuentra en proceso, adjuntar documento acreditativo de inicio del procedimiento.
- Certificado y/o documento acreditativo del cobro de las prestaciones económicas\*, incluidas pensiones, emitido por la entidad correspondiente, en el que conste la prestación mensual a percibir en el año en curso por la persona solicitante. Incluir también el del/la cónyuge/pareja, si se da el caso.
- Copia de certificado de discapacidad de la persona solicitante\*, de su cónyuge/pareja o de otra/s persona/s que de ella dependa/n, en los supuestos en los que esta circunstancia se dé.
- Copia de documentación acreditativa de la situación de dependencia\* de la persona solicitante o solicitantes (Resolución de Grado, Dictamen PIA, Resolución PIA, o solicitud de Dependencia en su defecto).

\* Estos documentos solamente se deben adjuntar si no se hubieran firmado los formularios de Autorización de Consulta y Tratamiento de Datos Personales y Autorización de Consulta y Tratamiento de Datos Personales de Unidad Familiar.