

**SERVICIO COMARCAL DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA DE NATURALEZA
COPLEMENTARIA / SOLICITUD**

| DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE | | | | | |
|---------------------------------|--|------------|--------|---------------------|-----|
| DNI/NIE | | APELLIDO 1 | | APELLIDO 2 | |
| NOMBRE | | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| Tipo de Via C/Pza/Avda/Pje/ | | | | Nº | Pta |
| CP | | LOCALIDAD | | MUNICIPIO | |
| Tfno 1 | | | Tfno 2 | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | | |

| DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE | | | | | |
|--|--|------------|--------|---------------------|-----|
| DNI/NIE | | APELLIDO 1 | | APELLIDO 2 | |
| NOMBRE | | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| Tipo de via C/ Pza/Avda/Pje | | | | Nº | Pta |
| CP | | LOCALIDAD | | MUNICIPIO | |
| Tfno 1 | | | Tfno 2 | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Guardador/a de hecho <input type="checkbox"/> Tutor/a | | | | | |

| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------|---|-----------|------|
| Tipo de Via C/ Pza/Avda. Pje | | | | Nº | Piso |
| CP | | LOCALIDAD | | MUNICIPIO | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | | |
| DESEO QUE SE ME NOTIFIQUE | <input type="checkbox"/> Por correo postal | | <input type="checkbox"/> Por correo electrónico | | |

| DESCRIPCION DE LA SOLICITUD | | | |
|--|---|--|--|
| SOLICITO el Servicio Comarcal de Teleasistencia Domiciliaria con las siguientes prestaciones: | | | |
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia FIJA | <input type="checkbox"/> Teleasistencia MÓVIL | <input type="checkbox"/> Custodia llaves | <input type="checkbox"/> Detector Gas/Incendio |

| OTROS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO COMARCAL DE TELEASISTENCIA (deben convivir obligatoriamente con el titular de la solicitud) | | | |
|---|-------|--|------------|
| DATOS DEL BENEFICIARIO/A 1 | | | |
| DNI/NIE | | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 |
| NOMBRE | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| Relación con la persona titular | | | |
| <input type="checkbox"/> Beneficiario CON unidad de control remoto | | <input type="checkbox"/> Beneficiario SIN unidad de control remoto | |
| En situación de dependencia | GRADO | | |
| DATOS DEL BENEFICIARIO/A 2 | | | |
| DNI/NIE | | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 |
| NOMBRE | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| Relación con la persona titular | | | |
| <input type="checkbox"/> Beneficiario CON unidad de control remoto | | <input type="checkbox"/> Beneficiario SIN unidad de control remoto | |
| En situación de dependencia | GRADO | | |

| DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA LA SOLICITUD |
|--|
| <input type="checkbox"/> Copia DNI/NIE del titular de la solicitud y de los posibles beneficiarios |
| <input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Informe de salud, según modelo, tanto del titular como de los posibles beneficiarios |
| <input type="checkbox"/> Datos de los contactos con llave del domicilio |
| <input type="checkbox"/> Copia de la pensión o pensiones actualizadas y otros ingresos procedentes de nóminas, prestaciones sociales, etc. de todos los miembros de la unidad de convivencia |
| <input type="checkbox"/> Copia la última declaración del IRPF de todos los miembros de la unidad de convivencia |
| <input type="checkbox"/> Ficha de terceros a nombre del titular de la solicitud, según modelo |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): |

| AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE |
|---|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de otras Administraciones Públicas competentes |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO al tratamiento de sus datos en los ficheros informáticos y cesión de los mismos a las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus competencias y funciones. |

| | | | |
|---|--|-------|--|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO al tratamiento de sus datos en los ficheros informáticos y cesión de los mismos a la entidad prestataria del servicio de teleasistencia para el desarrollo de sus competencias y funciones. | | | |
| Fecha | | Firma | |

DECLARACIÓN RESPONSABLE: Declaro que todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos, así como la documentación que se acompaña, sabiendo que la falsificación de los mismos dará lugar a la denegación automática del servicio solicitado. Igualmente aportaré a la Comarca de Hoya de Huesca / Plana de Uesca los documentos que se me requieran para atender correctamente esta solicitud.

3

| FECHA Y FIRMA DE LA SOLICITUD | | | |
|-------------------------------|--|---|--|
| FECHA | | <input type="checkbox"/> FIRMA DEL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> FIRMA DEL RESPRESENTANTE | |

| AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO 1 | | | |
|---|--|-------|--|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de otras Administraciones Públicas competentes | | | |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO al tratamiento de sus datos en los ficheros informáticos y cesión de los mismos a las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus competencias y funciones. | | | |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO al tratamiento de sus datos en los ficheros informáticos y cesión de los mismos a la entidad prestataria del servicio de teleasistencia para el desarrollo de sus competencias y funciones. | | | |
| Fecha | | Firma | |

| AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO 2 | | | |
|---|--|-------|--|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de otras Administraciones Públicas competentes | | | |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO al tratamiento de sus datos en los ficheros informáticos y cesión de los mismos a las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus competencias y funciones. | | | |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO al tratamiento de sus datos en los ficheros informáticos y cesión de los mismos a la entidad prestataria del servicio de teleasistencia para el desarrollo de sus competencias y funciones. | | | |
| Fecha | | Firma | |

CLÁUSULA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS Según lo establecido en la vigente normativa de protección de datos, se le informa que los datos facilitados a través del presente formulario serán tratados por la Comarca Hoya de Huesca/ Plana de Uesca, que actúa como responsable del tratamiento, con la finalidad de tramitar su solicitud y/o procedimiento. La licitud del tratamiento está basada en el cumplimiento de una obligación legal, en el de una misión de interés público y/o en el ejercicio de poderes públicos conferidos, de acuerdo con el artículo 6 del RGPD. No están previstas comunicaciones a terceros, salvo obligación legal, ni transferencias a terceros países u organizaciones internacionales. Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de su datos, así como los de limitación u oposición a su tratamiento cuando procedan, ante la Comarca Hoya de Huesca/Plana de Uesca, calle Coso Alto, n.º 18 – 22003 de Huesca, indicando en el asunto: Ref. Protección de Datos, o a través de la Sede Electrónica (<https://hoyadehuesca.sedipualba.es>). Si en el ejercicio de sus derechos no ha sido debidamente atendido, podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 28001 Madrid o a través de su sede electrónica (<https://sedeagpd.gob.es>).

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA COMARCA DE HOYA DE HUESCA / PLANA DE UESCA