

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____**A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN****DADES DE LA PERSONA ASSISTENT PERSONAL / DATOS DE LA PERSONA ASISTENTE PERSONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	SEXE / SEXO	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/ PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		C.P	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

DADES DE LA PERSONA DEPENDENT/ DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

B DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES

- Que estic empadronat/ada a la Comunitat Valenciana
Que estoy empadronado/a en la Comunidad Valenciana
- Que no mantinc relació familiar per consanguinitat ni afinitat fins al quart grau de parentiu amb la persona beneficiària de l'activitat d'assistència personal
Que no mantengo relación familiar por consanguinidad ni afinidad hasta el cuarto grado de parentesco con la persona beneficiaria de la actividad de asistencia personal
- Que en cas de no disposar del curs de formació específic en matèria d'assistència personal establert per la Conselleria amb competències en matèria de dependència, em compromet a realitzar-lo en el termini d'un any, a comptar des de la data de la resolució PIA, per la qual se'm designa assistent personal.
Que en caso de no disponer del curso de formación específico en materia de asistencia personal establecido por la Conselleria con competencias en materia de dependencia, me comprometo a realizarlo en el plazo de un año, a contar desde la fecha de la resolución PIA, por la que se me designa asistente personal.
- Que en cas de no disposar del curs de formació específic en matèria d'assistència personal, puc acreditar que compte amb la següent formació (aportar documentació acreditativa):
Que en caso de no disponer del curso de formación específico en materia de asistencia personal, puedo acreditar que cuento con la siguiente formación (aportar documentación acreditativa):
- Títol de Tècnic en atenció a persones en situació de dependència
Título de Técnico en atención a personas en situación de dependencia
 - Títol de Tècnic Superior en integració social
Título de Técnico Superior en integración social
 - Certificat de Professionalitat d'atenció sociosanitària a persones dependents en institucions socials
Certificado de Profesionalidad de atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales
 - Certificat de Professionalitat d'atenció sociosanitària a persones dependents en el domicili
Certificado de Profesionalidad de atención sociosanitaria a personas dependientes en el domicilio
 - Diplomatura/Grau en Teràpia Ocupacional
Diplomatura/Grado en Terapia Ocupacional
- Que em compromet al compliment de les obligacions d'alta i afiliació a la Seguretat Social
Que me comprometo al cumplimiento de las obligaciones de alta y afiliación a la Seguridad Social
- Que m'obligue a comunicar per escrit a la Conselleria amb competències en matèria d'atenció a persones en situació de dependència qualsevol variació en la situació de la persona dependent que determine l'extinció del servei d'assistència personal, en el termini de 15 dies des que es produïska.
Que me obligo a comunicar por escrito a la Conselleria con competencias en materia de atención a personas en situación de dependencia cualquier variación en la situación de la persona dependiente que determine la extinción del servicio de asistencia personal, en el plazo de 15 días desde que se produzca.
- Mitjançant la signatura del present document, la persona assistent personal AUTORITZA expressament a l'Administració a sol·licitar i obtindre de forma telemàtica les dades d'identitat i residència d'altres administracions públiques, exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació d'assistència personal i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment dels seus requisits.
Mediante la firma del presente documento, la persona asistente personal AUTORIZA expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y residencia de otras administraciones públicas, exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación de asistencia personal y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.
- NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. / *NO AUTORIZA el acceso a datos. En este caso la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.*

_____, ____ d _____ del _____
La persona assistent personal / La persona asistente personal

Signatura / Firma: _____

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 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.

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____**A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN****DADES DE LA PERSONA ASSISTENT PERSONAL / DATOS DE LA PERSONA ASISTENTE PERSONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	SEXE / SEXO	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/ PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		C.P	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

DADES DE LA PERSONA DEPENDENT/ DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

B DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES

- Que estic empadronat/ada a la Comunitat Valenciana
Que estoy empadronado/a en la Comunidad Valenciana
- Que no mantinc relació familiar per consanguinitat ni afinitat fins al quart grau de parentiu amb la persona beneficiària de l'activitat d'assistència personal
Que no mantengo relación familiar por consanguinidad ni afinidad hasta el cuarto grado de parentesco con la persona beneficiaria de la actividad de asistencia personal
- Que en cas de no disposar del curs de formació específic en matèria d'assistència personal establert per la Conselleria amb competències en matèria de dependència, em compromet a realitzar-lo en el termini d'un any, a comptar des de la data de la resolució PIA, per la qual se'm designa assistent personal.
Que en caso de no disponer del curso de formación específico en materia de asistencia personal establecido por la Conselleria con competencias en materia de dependencia, me comprometo a realizarlo en el plazo de un año, a contar desde la fecha de la resolución PIA, por la que se me designa asistente personal.
- Que en cas de no disposar del curs de formació específic en matèria d'assistència personal, puc acreditar que compte amb la següent formació (aportar documentació acreditativa):
Que en caso de no disponer del curso de formación específico en materia de asistencia personal, puedo acreditar que cuento con la siguiente formación (aportar documentación acreditativa):
- Títol de Tècnic en atenció a persones en situació de dependència
Título de Técnico en atención a personas en situación de dependencia
- Títol de Tècnic Superior en integració social
Título de Técnico Superior en integración social
- Certificat de Professionalitat d'atenció socio sanitària a persones dependents en institucions socials
Certificado de Profesionalidad de atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales
- Certificat de Professionalitat d'atenció socio sanitària a persones dependents en el domicili
Certificado de Profesionalidad de atención sociosanitaria a personas dependientes en el domicilio
- Diplomatura/Grau en Teràpia Ocupacional
Diplomatura/Grado en Terapia Ocupacional
- Que em compromet al compliment de les obligacions d'alta i afiliació a la Seguretat Social
Que me comprometo al cumplimiento de las obligaciones de alta y afiliación a la Seguridad Social
- Que m'obligue a comunicar per escrit a la Conselleria amb competències en matèria d'atenció a persones en situació de dependència qualsevol variació en la situació de la persona dependent que determine l'extinció del servei d'assistència personal, en el termini de 15 dies des que es produïska.
Que me obligo a comunicar por escrito a la Conselleria con competencias en materia de atención a personas en situación de dependencia cualquier variación en la situación de la persona dependiente que determine la extinción del servicio de asistencia personal, en el plazo de 15 días desde que se produzca.
- Mitjançant la signatura del present document, la persona assistent personal AUTORITZA expressament a l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat i residència d'altres administracions públiques, exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació d'assistència personal i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment dels seus requisits.
Mediante la firma del presente documento, la persona asistente personal AUTORIZA expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y residencia de otras administraciones públicas, exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación de asistencia personal y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.
- NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. / *NO AUTORIZA el acceso a datos. En este caso la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.*

_____, ____ d _____ del _____
La persona assistent personal / La persona asistente personal

Signatura / Firma: _____

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 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.