GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE TRASLLAT D'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA DES DE LA COMUNITAT VALENCIANA A UNA ALTRA COMUNITAT AUTÒNOMA

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA DESDE LA COMUNITAT VALENCIANA A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DEL RECONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT (cumplimentació obligatòria)
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (cumplimentación obligatoria)

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / *TIPO DE IDENTIFICACIÓN*	NÚM. IDENTIFICACIÓ / *NÚM. IDENTIFICACIÓN*
		☐ DNI ☐ NIE	

NÚM D'EXPEDIENT / *Nº DE EXPEDIENTE*	COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ / *COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO*

Té una resolució per la qual se li reconeix la situació de dependència?
¿Tiene resolución por la cual se le reconoce la situación de dependencia?

☐ Sí

☐ No

En cas afirmatiu indique:
En caso afirmativo indique:

Grau:
Grado: _____

Nivell (en el seu cas):
Nivel (en su caso): _____

Té una resolució per la qual se li aprova el Programa individual d'atenció (PIA)?
¿Tiene resolución por la cual se le aprueba el Programa Individual de Atención (PIA)? ☐ Sí ☐ No

2.- DOMICILI EN LA COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ (cumplimentació obligatòria)
DOMICILIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO (cumplimentación obligatoria)

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	MÒBIL / *MÓVIL*

ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

3.- DADES A L'EFECTE DE NOTIFICACIONS / *DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN*

(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior)
(Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior)

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	MÒBIL / *MÓVIL*

ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	MÒBIL / *MÓVIL*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

(1/2) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / *EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN*

CHAP - IAC

DIN - A4

IA - 22547 - 01 - E

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE TRASLLAT D'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA DES DE LA COMUNITAT VALENCIANA A UNA ALTRA COMUNITAT AUTÒNOMA

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA DESDE LA COMUNITAT VALENCIANA A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DEL RECONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT (cumplimentació obligatòria)
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (cumplimentación obligatoria)

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / *TIPO DE IDENTIFICACIÓN* ☐ DNI ☐ NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ / *NÚM. IDENTIFICACIÓN*

NÚM D'EXPEDIENT / *Nº DE EXPEDIENTE*	COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ / *COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO*

Té una resolució per la qual se li reconeix la situació de dependència?
¿Tiene resolución por la cual se le reconoce la situación de dependencia?

☐ Sí

☐ No

En cas afirmatiu indique:
En caso afirmativo indique:

Grau:
Grado: _____

Nivell (en el seu cas):
Nivel (en su caso): _____

Té una resolució per la qual se li aprova el Programa individual d'atenció (PIA)?
¿Tiene resolución por la cual se le aprueba el Programa Individual de Atención (PIA)? ☐ Sí ☐ No

2.- DOMICILI EN LA COMUNITAT AUTÒNOMA DE DESTINACIÓ (cumplimentació obligatòria)
DOMICILIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE DESTINO (cumplimentación obligatoria)

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	MÒBIL / *MÓVIL*

ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

3.- DADES A L'EFECTE DE NOTIFICACIONS / *DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN*

(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior)
(Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior)

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	MÒBIL / *MÓVIL*

ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	MÒBIL / *MÓVIL*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / *EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA*

CHAP - IAC

DIN - A4

IA - 22547 - 01 - E

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE TRASLLAT D'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA DES DE LA COMUNITAT VALENCIANA A UNA ALTRA COMUNITAT AUTÒNOMA

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA DESDE LA COMUNITAT VALENCIANA A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

C AUTORITZACIÓ I SIGNATURA
AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, la persona sol·licitant o la seua representant legal AUTORITZA a l'Administració autonòmica de la comunitat autònoma de destinació, que consulte directament, de forma telemàtica, les dades de residència en el Sistema de Verificació de Dades de Residència.
Mediante la firma de esta solicitud, la persona solicitante o su representante legal AUTORIZA a la Administración autonómica de la comunidad autónoma de destino, a que consulte directamente de forma telemática, los datos de residencia en el Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
En cas de no autoritzar marque la casella següent :
En caso de no autorizar marque la siguiente casilla:

☐ NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar certificat que acredite l'empadronament de la persona sol·licitant en un municipi de la comunitat autònoma de destinació.
NO AUTORIZA el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar certificado que acredite el empadronamiento de la persona solicitante en un municipio de la comunidad autónoma de destino.

_____ , _____ d _____ del _____

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La persona representant legal
La persona representante legal

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

D TRACTAMENT DE LES DADES
TRATAMIENTO DE DATOS

Nom de l'activitat de tractament *Nombre de la actividad de tratamiento*	Sol·licitud de trasllat d'expedient de dependència des de la Comunitat Valenciana a un altra comunitat autònoma. *Solicitud de traslado de expedientede dependencia desde la Comunitat Valenciana a otra comunidad autónoma.*
Responsable del tractament *Responsable del tratamiento*	Vicepresidència I Conselleria d'Igualtat I Polítiques Inclusives. *Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.*
Finalitat del tractament *Finalidad del tratamiento*	Gestió del procediment per a realitzar el trasllat del expedient dependència des de la Comunitat Valenciana cap a un altra comunitat autònoma. *Gestión del procedimiento para realizar el traslado del expediente de dependencia desde la Comunitat Valenciana a otra comunidad autónoma*
Drets de les persones *Derechos de las personas*	La persona interesada té dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, a la rectificació o supressió d'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se al mateix per mitjà d'un escrit que siga conforme a les instruccions que s'indiquen en la política de protecció de dades, enllaç: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970 *La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de estos, a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo por medio de un escrito que sea conforme a las instrucciones que se indican en la Política de protección de datos enlace:* *https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970*
Més informació *Más información*	Disposa de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'Activitats de Tractament de la Conselleria, enllaç: http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-+GESTI%C3%93N+DEL+SERVICIO+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e *Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Conselleria enlace:* *http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-+GESTI%C3%93N+DEL+SERVICIO+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e*

(1/2) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / *EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN*

CHAP - IAC

DIN - A4

IA - 22547 - 02 - E

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE TRASLLAT D'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA DES DE LA COMUNITAT VALENCIANA A UNA ALTRA COMUNITAT AUTÒNOMA

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA DESDE LA COMUNITAT VALENCIANA A OTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

C AUTORITZACIÓ I SIGNATURA
AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Mitjançant la signatura d'aquesta sol·licitud, la persona sol·licitant o la seua representant legal AUTORITZA a l'Administració autonòmica de la comunitat autònoma de destinació, que consulte directament, de forma telemàtica, les dades de residència en el Sistema de Verificació de Dades de Residència.
Mediante la firma de esta solicitud, la persona solicitante o su representante legal AUTORIZA a la Administración autonómica de la comunidad autónoma de destino, a que consulte directamente de forma telemática, los datos de residencia en el Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
En cas de no autoritzar marque la casella següent :
En caso de no autorizar marque la siguiente casilla:

☐ NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar certificat que acredite l'empadronament de la persona sol·licitant en un municipi de la comunitat autònoma de destinació.
NO AUTORIZA el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar certificado que acredite el empadronamiento de la persona solicitante en un municipio de la comunidad autónoma de destino.

_____ , _____ d _____ del _____

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La persona representant legal
La persona representante legal

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

D TRACTAMENT DE LES DADES
TRATAMIENTO DE DATOS

Nom de l'activitat de tractament *Nombre de la actividad de tratamiento*	Sol·licitud de trasllat d'expedient de dependència des de la Comunitat Valenciana a un altra comunitat autònoma. *Solicitud de traslado de expedientede dependencia desde la Comunitat Valenciana a otra comunidad autónoma.*
Responsable del tractament *Responsable del tratamiento*	Vicepresidència I Conselleria d'Igualtat I Polítiques Inclusives. *Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.*
Finalitat del tractament *Finalidad del tratamiento*	Gestió del procediment per a realitzar el trasllat del expedient dependència des de la Comunitat Valenciana cap a un altra comunitat autònoma. *Gestión del procedimiento para realizar el traslado del expediente de dependencia desde la Comunitat Valenciana a otra comunidad autónoma*
Drets de les persones *Derechos de las personas*	La persona interesada té dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, a la rectificació o supressió d'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se al mateix per mitjà d'un escrit que siga conforme a les instruccions que s'indiquen en la política de protecció de dades, enllaç: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970 *La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de estos, a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo por medio de un escrito que sea conforme a las instrucciones que se indican en la Política de protección de datos enlace:* *https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970*
Més informació *Más información*	Disposa de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'Activitats de Tractament de la Conselleria, enllaç: http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-+GESTI%C3%93N+DEL+SERVICIO+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e *Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Conselleria enlace:* *http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-+GESTI%C3%93N+DEL+SERVICIO+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e*

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / *EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA*

CHAP - IAC
DIN - A4
IA - 22547 - 02 - E