



Nº Expediente:

Compromiso de la persona cuidadora

1. CUIDADOR

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

DNI/NIF/NIE/

Fecha de nacimiento

Teléfono

2. PERSONA DEPENDIENTE

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

DNI/NIF/NIE/

3. COMPROMISO

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia,

Declaro responsablemente,

1. Ser cónyuge, pareja de hecho o pariente, por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el cuarto grado de parentesco, de la persona dependiente, o bien ser persona de su entorno relacional.
2. Convivir en el mismo domicilio que la persona dependiente en los supuestos que proceda, y en todo caso, cuando el/la interesado/a tenga reconocido Grado II o Grado III de dependencia.
3. Contar con la idoneidad para prestar adecuadamente los apoyos y cuidados.
4. No estar vinculado/a a un servicio de atención profesionalizada.

Así mismo me comprometo,

1. A asumir la atención y cuidado de la persona en situación de dependencia.
2. A realizar las acciones formativas que se me propongan, siempre que sean compatibles con el cuidado de las personas en situación de dependencia.
3. A facilitar el acceso de los servicios sociales de las Administraciones públicas competentes, a la vivienda de la persona en situación de dependencia con el fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias, previo consentimiento de la persona beneficiaria.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD Que son ciertos los datos consignados en el presente compromiso.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones públicas, **se entiende otorgado el consentimiento** para que el órgano administrativo competente consulte y/o ceda de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relativos a Identidad, Discapacidad, Pensiones no contributivas, Residencia, Titulaciones Académicas, Prestaciones por desempleo, Información catastral, Nivel de renta del contribuyente persona física, Prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, Incapacidad temporal, maternidad, Datos de nacimiento, matrimonio y defunción, Datos de salud y datos de servicios sociales.

En caso contrario, en el que **NO otorgue el consentimiento para la consulta**, en su caso, marque las siguientes casilla:

No autorizo al órgano administrativo para que se consulten los datos anteriormente mencionados.

MUY IMPORTANTE: EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD.

En Murcia, a _____, de _____ de _____

Fdo:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que los datos personales contenidos en este documento se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).