



SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTACIÓN O SERVICIO DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA
ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PENSIONES, VALORACIÓN Y PROGRAMAS DE INCLUSIÓN

Datos de la persona solicitante.

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
DNI/NIF/NIE/		

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE. (Ver hoja de instrucciones para la representación del/la solicitante).

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre		
DNI/NIF/NIE/	Fecha de Nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Teléfono
		H ☐ M ☐		

CSV Escritura de Representación

Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años ☐

Como representante voluntario ☐

Como representante de un incapacitado judicial ☐

Como Guardador de Hecho ☐

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S.

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo Vía	Vía	Número	KM.	Bloque	Portal	Esc.	Planta	Puerta
Provincia	Municipio		Localidad			Código Postal		

TELEFONOS DE CONTACTO.

Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto, bien del propio solicitante o bien de familiares, vecinos u otras personas con las que poder gestionar la hora y día de citación en su entorno habitual.

Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3

Notificaciones Elija una de las dos opciones:

1. NOTIFICACIONES POR CORREO POSTAL

☐ Deseo ser **notificado en papel a través del correo postal.** (Recibirá un aviso de la Sede Electrónica a la que podrá acceder si reúne los requisitos para recibir las notificaciones electrónicas y, días más tarde, recibirá la carta certificada en el domicilio designado).

2. NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS. NO RECIBIRÁ NOTIFICACIÓN POSTAL (Solo podrá acceder la persona dependiente o su representante debidamente acreditado.)

☐ Deseo ser **notificado electrónicamente** a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es/> *apartado consultas * notificaciones electrónicas
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Asimismo autorizo al IMAS, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:

☐ a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

☐ a través de un SMS en mi teléfono:



Participación: Prestaciones Económicas.

Forma de cumplimentar: Marcar con una **X ÚNICAMENTE** el servicio o prestación que se solicita; sólo podrá elegir una opción excepto en el caso de que marque también el Servicio de Teleasistencia, por ser compatible con Centro de Día, Promoción de la Autonomía Personal, Ayuda a Domicilio, Prestación Económica de Asistencia Personal y Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar

PRESTACIONES DEL SISTEMA DE ATENCION A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA:

- ☐ PRESTACION ECONOMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES
- ☐ PRESTACION ECONOMICA DE ASISTENCIA PERSONAL
- ☐ TELEASISTENCIA

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento de datos: Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)

GEAS-IMAS@listas.carm.es

Delegado de Protección de Datos: CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A

dpd.imas@carm.es

Finalidad del tratamiento de datos: Reconocimiento de la condición de asistente personal del Sistema de Atención a la Dependencia.

Legitimación: REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos Artículo 9.2 h).

Destinatarios de cesiones de datos: Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, previa autorización de la cesión por el interesado, así como a las entidades concertadas prestatarias del servicio.

Derechos de la persona interesada: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736.

Procedencia de los datos: Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de la plataforma de interoperabilidad de la CARM con otras Administraciones Públicas y del Servicio Murciano de Salud en el caso de datos de salud.

Información adicional: Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, residencia, defunción, matrimonio, nacimiento, discapacidad, pensiones no contributivas, vida laboral y desempleo. Copia simple de poderes notariales. Datos de salud y de servicios sociales.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m)



Declaración y firma de la solicitud.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR al órgano competente en materia de Dependencia y/o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mí domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, nivel de ingresos, etc. 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).

[] **Me OPONGO*** a la consulta de datos de identidad, residencia de última variación patronal, histórico de municipios de residencia, residencia de extranjeros, datos de residencia histórico y convivencia, convivencia a fecha actual, defunción, matrimonio, nacimiento, discapacidad, pensiones no contributivas, catastro, prestaciones sociales públicas, incapacidad temporal y maternidad, vida laboral y desempleo, demandante de empleo, copia simple de poderes notariales, datos de salud y de servicios sociales, datos sobre nivel y grado de dependencia y datos de discapacidad de las CCAA.

Asimismo, **autoriza la consulta de los datos tributarios**, excepto que expresamente no autorice la consulta.

[] **NO AUTORIZO*** la consulta de datos tributarios de nivel de renta e IRPF.

(*) En el caso de **NO AUTORIZACIÓN O DE OPOSICIÓN** a que el órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, **QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS** al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos.

Así mismo, **autorizo la cesión de datos de carácter personal** de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, o a otras Administraciones o Entes públicos, para el ejercicio de sus competencias.

(*) En el caso de **OPOSICIÓN** a que el Órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, **QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS** al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos.

En todo caso, **declaro que he leído y entiendo la INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS que se refleja en la página anterior.**

Firma Interesado/a

Ena,de..... 20.....

Fdo.: