



**SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTACIÓN O SERVICIO DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA
ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAS MAYORES**

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/		
<input type="text"/>		

DATOS DEL REPRESENTANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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	Kilómetro	Bloque	Portal	Escalera	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio	Localidad			Código postal			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

De conformidad con lo dispuesto en la Disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, cuando se formulen solicitudes por cualquier medio en las que el interesado declare datos personales que obren en poder de las Administraciones Públicas, el órgano destinatario de la solicitud podrá efectuar en el ejercicio de sus competencias las verificaciones necesarias para comprobar la exactitud de los datos.

Notificaciones Electrónicas.

- Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.
 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: Residencia, Centro de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia.

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.

SERVICIOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

SERVICIO DE TELEASISTENCIA

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO CAMBIO DE INTENSIDAD

SERVICIO DE CENTRO DE DÍA

SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (Excepto Grado I)

Cualquier residencia de la región.

Residencias del municipio de: _____

La/s residencia/s: _____

(Sólo se debe marcar una opción. En el caso de marcar dos opciones se considerará solicitado el ámbito geográfico menor)

En caso de **NO** existir plaza pública en los servicios marcados, ¿Solicita Prestación Económica Vinculada al Servicio solicitado? SI NO

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).

En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará, por medios electrónicos, los siguientes documentos, excepto que expresamente se oponga a la consulta:

Datos de Identidad, residencia, defunción, matrimonio, nacimiento, discapacidad, pensiones no contributivas, catastro, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal, nivel de renta, IRPF, vida laboral y desempleo. Copia simple de poderes notariales. Datos de salud y de servicios sociales.

[*] Me **OPONGO*** a la consulta

Firma del/la interesado/a sólo si se opone a la consulta

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 _____ a ___ del mes _____ del año _____.

Fdo: _____.

IMAS. Instituto Murciano de Acción Social
Sra. Directora General de Personas Mayores
c/Alonso Espejo, 7. 30007. Murcia



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 del derecho a las prestaciones del Sistema de 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 que hayan suscrito contratos con el IMAS para la prestación de servicios.

Derechos del interesado

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, catastro, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal, nivel de renta, IRPF, 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)



INSTRUCCIONES PARA LA REPRESENTACIÓN DEL SOLICITANTE

Si el solicitante es menor de edad o persona incapacitada judicialmente deberá firmar la solicitud quien ostente la patria potestad o sea tutor legal, en cuyo caso habrá que aportar copia del libro de familia o documento acreditativo de la patria potestad o copia de la sentencia acreditativa de la tutela para el caso de las personas incapacitadas.

El solicitante siempre podrá otorgar representación voluntaria para todos los actos de Dependencia a quien considere oportuno haciéndolo constar ante notario o mediante comparecencia del solicitante con su DNI en cualquier ventanilla única de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Si el solicitante tiene limitada su capacidad física, conservando su capacidad intelectual podrá firmar todas las solicitudes y escritos de la Dependencia con su huella dactilar debidamente diligenciada por funcionario público que actúe en el ejercicio de sus funciones y quien dará fe de ser la del solicitante.

Si el solicitante tiene disminuida gravemente su capacidad intelectual o cognitiva y no se ha procedido a su incapacitación judicial, podrá actuar con carácter provisional y excepcional, mediante Guardador de Hecho para lo cual el que actúe como tal deberá firmar la solicitud indicando su nombre apellidos y número de D.N.I., debiendo comunicar en el Juzgado esta circunstancia a la mayor brevedad.

En estos casos si en el expediente no constan los informes que pongan de manifiesto la existencia de ésta perdida de la capacidad para obrar del solicitante, se deberá de acompañar un informe médico en el que conste la enfermedad o circunstancia que impida, limite o anule la capacidad del mismo.

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL BENEFICIARIO

Se le recomienda consultar en su Centro de Servicios Sociales si vive en su domicilio o a los responsables del centro si vive en una residencia.

También puede informarse:

- Teléfono único de información de la C.A.R.M. : 968 362000 o 012.

Página web: <http://www.carm.es>

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885\\$m&IDTIPO=100](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885$m&IDTIPO=100)