



**Código Guía de Servicios 2423**

**SOLICITUD DE SERVICIOS Y/O PRESTACIONES DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA PARA  
PERSONAS MAYORES**

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

**PRESENTADOR**

**NIF/NIE**

**PRIMER APELLIDO**

**SEGUNDO APELLIDO**

**NOMBRE**

El presentador es el solicitante

**DATOS DEL SOLICITANTE**

**NIF/NIE**

**PRIMER APELLIDO**

**SEGUNDO APELLIDO**

**NOMBRE**

**FECHA DE NACIMIENTO**

**SEXO**

H  M

**ESTADO CIVIL**

**NACIONALIDAD**

**TELÉFONO**



**DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

(Si está ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el centro residencial)

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Tipo de vía</b>   | <b>Nombre Vía</b>    |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |
| <b>Número</b>        | <b>Kilómetro</b>     | <b>Bloque</b>        | <b>Portal</b>        | <b>Escalera</b>      | <b>Planta</b>        | <b>Puerta</b>        |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Provincia</b>     |                      |                      | <b>Municipio</b>     |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| <b>Localidad</b>     |                      |                      | <b>Código postal</b> |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> |                      |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                      |

**DATOS DEL REPRESENTANTE**

Tengo representante

**NIF/NIE**

|                            |                         |                      |
|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>PRIMER APELLIDO</b>     | <b>SEGUNDO APELLIDO</b> | <b>NOMBRE</b>        |
| <input type="text"/>       | <input type="text"/>    | <input type="text"/> |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b> | <b>NACIONALIDAD</b>     | <b>TELÉFONO</b>      |
| <input type="text"/>       | <input type="text"/>    | <input type="text"/> |

- Como representante voluntario o medidas de apoyo de naturaleza voluntaria
- Como guardador de hecho
- Como curador
- Como defensor judicial



**TELÉFONOS DE CONTACTO**

Es imprescindible que aporte un número 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 fijo**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Teléfono móvil**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**PARTICIPACIÓN: RESIDENCIA, CENTRO DE DÍA, SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO, TELEASISTENCIA Y SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL**

Marcar únicamente el servicio o prestación que 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**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Servicio de Atención Residencial (Excepto Grado I)                      |
| <input type="radio"/> | Cualquier residencia de la Región                                       |
| <input type="radio"/> | Residencias del Municipio de <input style="width: 400px;" type="text"/> |
| <input type="radio"/> | Residencias <input style="width: 400px;" type="text"/>                  |
|                       | <input style="width: 400px;" type="text"/>                              |
|                       | <input style="width: 400px;" type="text"/>                              |

Servicio de Teleasistencia

Servicio de Ayuda a domicilio       Cambio de intensidad

Servicio de Centro de Día

Servicio de Promoción de la autonomía personal



En caso de no existir plaza pública en los servicios marcados, ¿solicita Prestación Económica Vinculada al Servicio Solicitado?

Sí  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 mi 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).

Fecha y Firma

**NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS**

Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por Dirección Electrónica Habilitada:

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

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

@  .

- a través de un SMS en mi teléfono:

**CERTIFICADOS**

En aplicación del artículo 28 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 datos relacionados a continuación, salvo que se oponga a la consulta.



**Me OPONGO\*** a la consulta de los siguientes datos:

Consulta de Datos de Identidad  
Consulta de matrimonio  
Consulta de defunción  
Consulta de nacimiento  
Consulta de las prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, Incapacidad Temporal y Maternidad  
Datos de residencia con fecha de la última variación padronal  
Copia simple de poderes notariales  
Consulta de Datos Catastrales  
Certificación de titularidad catastral

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

**NO AUTORIZO\*** la consulta de datos tributarios siguientes:

Certificado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (AEAT)

(\*) 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.

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS |   |
|--|---|
| “Responsable”<br>(del tratamiento)                   | Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)<br><br><a href="mailto:GEAS-IMAS@listas.carm.es">GEAS-IMAS@listas.carm.es</a>  |
| “Delegado de Protección de Datos”                    | CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A.<br><br><a href="mailto:dpd.imas@carm.es">dpd.imas@carm.es</a>   |
| “Finalidad”<br>(del tratamiento)                     | Reconocimiento del derecho a los servicios y/o prestaciones vinculadas a los mismos del Sistema de la Dependencia.  |
| “Legitimación”<br>(del tratamiento)                  | 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) Artículos 6.1 y 9.2 en cuanto a los datos de salud y servicios sociales, en relación con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. |
| “Destinatarios”<br>(de cesiones o                    | 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   |



|   |   |
|---|---|
| transferencias)                                 | 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 la entidades concertadas prestatarias del servicio.                  |
| <b>“Derechos”</b><br>(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.  |
| <b>“Procedencia de los datos”</b>               | 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.  |
| <b>“Información adicional”</b>                  | Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, residencia, defunción, matrimonio, nacimiento. Datos de salud. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL:<br><a href="http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&amp;IDTIPO=100&amp;RASTRO=c672">http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&amp;IDTIPO=100&amp;RASTRO=c672</a><br>\$m |

## **IMAS. Instituto Murciano de Acción Social**

Dirección General de Personas Mayores

c/Alonso Espejo, 7. 30007. Murcia