



A n e x o I . C o m p r o m i s o d e l a p e r s o n a c u i d a d o r a .

1. DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	
DNI/NIF/NIE/	Fecha de nacimiento	Tipo de Relación	Teléfono

DOMICILIO DE LA PERSONA CUIDADORA

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

2. DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI/NIF/NIE/

3. COMPROMISO

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto- Ley 3/2015, de 7 de octubre, por el que se modifican los requisitos de acceso a la prestación económica de Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores no profesionales del Sistema de la Dependencia así como la intensidad en su prestación y se regula la acreditación de las Comunidades Hereditarias para reclamar los atrasos devengados y no percibidos por la personas dependientes fallecidas,

Declaro responsablemente,

1. Ser cónyuge, pareja de hecho, tutor o persona designada, administrativa o judicialmente, con funciones de acogimiento, o bien ser pariente, por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco de la persona dependiente.
2. Convivir en el mismo domicilio que la persona dependiente.
3. Contar con la capacidad física, mental e intelectual suficiente para desarrollar adecuadamente por sí misma las funciones de atención y cuidado, así como no tener reconocida la situación de dependencia.
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.



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/la interesado/a, 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\\$](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$)

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 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 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 todo caso, **declaro que he leído y entiendo la INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

FIRMA DEL CUIDADOR/A

En.....a.....de.....de 20.....

Fdo.:

DIRECTOR/A GENERAL DE PENSIONES, VALORACION Y PROGRAMAS DE INCLUSIÓN