Ajuntament de Calvià — Desenvolupament Social

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ DOMICILIÀRIA MUNICIPAL / SOLICITUD DE PRESTACIÓN DOMICILIARIA MUNICIPAL

Núm. expedient	
☐ **Ordinària** / *Ordinaria* ☐ **Urgent** / *Urgente*	

☐ **Valoració inicial** / *Valoración inicial*	☐ **Revisió** / *Revisión*

☐ **Servei d'ajuda a domicili** / *Servicio de ayuda a domicilio*	☐ **Servei de menjar a domicili** / *Servicio de comida a domicilio*	☐ **Servei de teleassistència** / *Servicio de teleasistencia*

DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA / *DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA*

Nom / *nombre*	**Primer llinatge** / *Primer apellido*	**Segon llinatge** / *Segundo apellido*

DNI/NIE/PASSAPORT	**Adreça de correu electrònic** / Dirección de correo electrónico	**Telèfon** / Teléfono

Adreça postal / Dirección postal	**Número**	**Pis** / piso

Municipi / Municipio	**Província** / Provincia	**C. Postal**	**País**

PERSONA REPRESENTANT / *PERSONA REPRESENTANTE*

Nom / *Nombre*	**Primer llinatge** / *Primer apellido*	**Segon llinatge** / *Segundo apellido*

DNI/NIE/PASSAPORT	**Telèfon** / Teléfono

*S'ha de aportar representació o autorització adjunta signada. / *Se tiene que aportar representación o autorización adjunta firmada.*

C/ de Julià Bujosa Sans, batle, 1
07184 Calvià (Illes Balears)
Tel. 971 139 100
www.calvia.com

ADREÇA DE NOTIFICACIONS / *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES*

Notificació a: ☐ **Persona beneficiària** ☐ **Persona representante**

☐ **Notificació electrònica (obligatòria per a les persones jurídiques i opcional per a les persones fisiques)** / *Notificación electrónica (obligatoria para las personas jurídicas y opcional para las personas físicas).*

Els avisos de la posada a disposició de la notificació a la Dirección Electrónica Habilitada Única (DEHÚ) s'enviaran / *Los avisos de la puesta a disposición de la notificación en la Dirección Electrónica Habilitada Única (DEHÚ) se enviarán:*

☐ A l'adreça electrònica de la persona beneficiària / *A la dirección electrónica de la persona beneficiaria.*
☐ Adreça electrònica diferent indicada a continuació */ Dirección electrónica diferente indicada a continuación:*

☐ **Notificació per correu postal** */ Notificación por correo postal:*
☐ **A l'adreça de la persona beneficiària** */ A la dirección de la persona beneficiaria.*
☐ ***A altre direcció:*** */ A otra dirección:*

Carrer */ Calle*	**Número**	**Pis** */ piso*

Municipi */ Municipio*	**Província** */ Provincia*	**C. Postal**	**País**

D'acord amb el Decret 49/2018, de 21 de desembre, sobre l'ús de les llengües oficials en l'administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears , els documents de comunicació seran en català, llevat que marqueu la casella que voleu ser atès en castellà */ De acuerdo con el Decreto 49/2018, de 21 de diciembre, sobre el uso de las lenguas oficiales en la administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.*

☐ **Sol·licit rebre les notificacions en castellà** */ Solicito recibir las notificaciones en castellano.*

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / *INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS*

De conformitat amb el que es disposa en la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garanties dels Drets Digitals s'informa:/ *De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales se informa:*
1-El responsable del tractament de les seves dades de caràcter personal és l'Ajuntament de Calvià, titular del C.I.F. P0701100J, amb domicili 07184 Calvià, carrer Julià Bujosa Sans, Batle núm. 1/ *1.-El responsable del tratamiento de sus datos de carácter personal es el Ayuntamiento de Calvià, titular del C.I.F. P0701100J, con domicilio 07184 Calvià, calle Julià Bujosa Sans, Batle núm. 1.*
2.- Les dades de contacte del delegat de protecció de dades de l'Ajuntament són: dpd@calvia.com/ *2.- Los datos de contacto del delegado de protección de datos del Ayuntamiento son:* dpd@calvia.com

3.- La finalitat amb la qual es tracten les seves dades és la tramitació del procés administratiu per a la concessió de Prestacions Domiciliàries Municipals (ajuda a domicili, menjar a domicili i teleassistència) gestionada pel departament de Desenvolupament Social./ *3.- La finalidad con la que se tratan sus datos es la tramitación del proceso administrativo para la concesión de Prestaciones Domiciliarias Municipales (ayuda a domicilio, comida a domicilio y teleasistencia) gestionada por el departamento de Desarrollo Social.*

4.- La base legal per al tractament de les seves dades és el desenvolupament de les competències municipals conferides per la legislació estatal i autonòmica reguladora del règim local i compliment d'obligacions legals per part de l'Ajuntament./ *4.- La base legal para el tratamiento de sus datos es el desarrollo de las competencias municipales conferidas por la legislación estatal y autonómica reguladora del régimen local y cumplimiento de obligaciones legales por parte del Ayuntamiento.*

5.- La informació es conservarà d'acord amb els criteris i terminis establerts en la Llei 15/2006, del 17 d'octubre, d'arxius i patrimoni documental de les Illes Balears./ *5.- La información se conservará de acuerdo con los criterios y plazos establecidos en la Ley 15/2006, del 17 de octubre, de archivos y patrimonio documental de las Illes Balears.*

6.- Cessions de les dades no previstes./ *6.- Cesiones de los datos no previstas.*

7.- Podrà exercitar, en els casos i forma prevists en la legislació vigent, els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació de el tractament, oposició i portabilitat en el Servei d'Atenció al Ciutadà de l'Ajuntament de Calvià, carrer Julià Bujosa Sans, Batle, núm. 1 (Calvià)./ *7.- Podrá ejercitar, en los casos y forma previstos en la legislación vigente, los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad en el Servicio de Atención al Ciudadano del Ayuntamiento de Calvià, calle Julià Bujosa Sans, Batle, núm. 1 (Calvià).*

8.- Informació addicional detallada sobre protecció de dades: http://www.calvia.com/responsive/general.plt?KPAGINA=3520&KIDIOMA=1 / *8.- Información adicional detallada sobre protección de datos: http://www.calvia.com/responsive/general.plt?KPAGINA=3520&KIDIOMA=1*

9.- En tot cas, pot presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades. Pot trobar més informació sobre aquest tema en la seva pàgina web: www.agpd.es / *9.- En todo caso, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. Puede encontrar más información al respecto en su página web: www.agpd.es*

MEMBRES DE LA UNITAT FAMILIAR DE CONVIVÈNCIA / *MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA*

Nom i llinatges / *Nombre y apellidos*	**DNI/NIE/ PASSAPORT**	**Data de naixement** / *Fecha de nacimiento*	**Parentiu** / *Parentesco*	**Signatura consentiment tractament de dades personals** / *Firma consentimiento tratamiento de datos personales*

DOCUMENTACIÓ A PRESENTAR AMB LA SOL·LICITUD */ DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR CON LA SOLICITUD*

☐ **DNI de la persona beneficiària.** */ DNI de la persona beneficiaria.*
☐ **Informe mèdic de la persona beneficiària segons model, assenyalant el tractament prescrit, o en la seva substitució, aquell informe amb el qual ja compti el/la sol·licitant.** */ Informe médico de la persona beneficiaria según modelo, señalando el tratamiento prescrito, o en su sustitución, aquel informe con el que ya cuente el/la solicitante.*
☐ **Targeta sanitària o document anàleg de la persona beneficiària .** */ Tarjeta sanitaria o documento análogo de la persona beneficiaria.*
☐ **Justificació d'ingressos actuals de totes les persones de la unitat familiar de convivència (justificant pensió, nòmines).** */ Justificación de ingresos actuales de todas las personas de la unidad familiar de convivencia (justificante pensión, nóminas).*
☐ **Justificació de despeses de lloguer o préstec hipotecari de l'habitatge habitual.** */ Justificación de gastos de alquiler o préstamo hipotecario de la vivienda habitual.*
☐ **Extractes bancaris dels últims 6 mesos de totes les persones de la unitat familiar de convivència.** */ Extractos bancarios de los últimos 6 meses de todas las personas de la unidad familiar de convivencia.*
☐ **Representació de la persona beneficiària, en cas d'actuar mitjançant representant.** */ Representación de la persona beneficiaria, en caso de actuar mediante representante.*

En els procediments iniciats d'urgència disposen d'un termini de 10 dies per a aportar la documentació, en el cas de no aportar-la en aquest termini s'entendrà que desisteix de la sol·licitud./ *En los procedimientos iniciados de urgencia disponen de un plazo de 10 días para aportar la documentación, en el caso de no aportarla en este plazo se entenderá que ceja en la solicitud.

DOCUMENTACIÓ QUE L'AJUNTAMENT DE CALVIÀ POT COMPROVAR PER MITJANS ELECTRÒNICS */ DOCUMENTACIÓN QUE EL AJUNTAMENT DE CALVIÀ PUEDE COMPROBAR POR MEDIOS ELECTRÓNICOS*

DNI/NIE/Passaport de la persona beneficiària. */ DNI/NIE/Pasaporte de la persona beneficiaria.*	☐ **M'oposo a la consulta.**/ *Me opongo a la consulta.*
DNI/NIE/Passaport de la persona representant. */ DNI/NIE/Pasaporte de la persona representant.*	☐ **M'oposo a la consulta.**/ *Me opongo a la consulta.*
Dades de discapacitat. */ Datos de discapacidad.*	☐ **M'oposo a la consulta.**/ *Me opongo a la consulta.*
Dades de convivència. */ Datos de convivencia.*	☐ **M'oposo a la consulta.**/ *Me opongo a la consulta.*
Informació de les dades de patrimoni. */ Información de los datos de patrimonio.*	☐ **M'oposo a la consulta.**/ *Me opongo a la consulta.*
Informació de les rendes anuals de la persona beneficiària./ *Información de las rentas anuales de la persona beneficiaria.*	☐ **M'oposo a la consulta.**/ *Me opongo a la consulta.*
Informació de les rendes anuals de les persones de la unitat familiar de convivència. */ Información de las rentas anuales de las personas de*	☐ **M'oposo a la consulta.**/ *Me opongo a la consulta.*

la unidad familiar de convivencia.	
Informació de les prestacions per desocupació i prestacions socials públiques, incapacitat temporal i maternitat. */ Información de las prestaciones por desempleo y prestaciones sociales públicas, incapacidad temporal y maternidad.*	☐ **M'opòs a la consulta.**/ *Me opongo a la consulta.*

*** Si no vol que es consulti per l'Ajuntament de Calvià les seves dades per mitjans electrònics es pot oposar, en aquest cas haurà d'aportar la documentació amb la sol·licitud.** */ Si no quiere que se consulten por el Ajuntament de Calvià sus datos por medios electrónicos se puede oponer, en ese caso tendrá que aportar la documentación con la solicitud.*

Si alguna de les persones de la unitat familiar de convivència vol oposar-se, ha d'indicar a continuació quines dades dels quals s'han citat en el paràgraf anterior no vol que consulti directament l'Ajuntament de Calvià, en aquest cas haurà d'aportar els documents corresponents juntament amb la sol·licitud: */ Si alguna de las personas de la unidad familiar de convivencia quiere oponerse, debe indicar a continuación qué datos de los que se han citado en el párrafo anterior no quiere que consulte directamente el Ajuntament de Calvià, en ese caso deberá aportar los documentos correspondientes junto con la solicitud:*

Nom i llinatges */ Nombre y apellidos*	**M'opòs a la consulta de:** */ Me opongo a la consulta de:*

Calvià, a ____ de _____ de 202 ____

Signa la sol·licitud i autoritza el tractament de les dades personals continguts en la mateixa: */ Firma la solicitud y autoriza el tratamiento de los datos personales contenidos en la misma:*

La persona beneficiària */ La persona beneficiaria* **La persona representant** */ La persona representante*

*** La sol·licitud ha d'anar signada per la persona beneficiària o per la persona que la representa. En cas d'actuar mitjançant representant, s'ha d'aportar el document justificatiu de la representació.** */ La solicitud tiene que firmarse por la persona beneficiaria o por la persona que la representa. En caso de actuar mediante representante, se ha de aportar el documento justificativo de la representación.*

Ajuntament de Calvià

Desenvolupament Social

AUTORITZACIÓ REPRESENTACIÓ VOLUNTARIA / AUTORIZACIÓN REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

Sr./Sra. _____ amb DNI/NIE _____

major d'edat i amb plena capacitat d'obrar, AUTORITZ A: Sr./Sra. _____

amb DNI/NIE _____ i data de naixement _____ a actuar en el meu nom al procediment de sol·licitud de la prestació domiciliària:

☐ Servei d'ajuda a domicili ☐ Servei de menjar a domicili ☐ Servei de menjar a domicili

Calvià, a ____ de _____ de 202 ____

Signatura persona beneficiària*:* Signatura persona representant:

D./Dña. _____ con DNI/NIE _____

mayor de edad y con plena cacpacidad de obrar, AUTORITZO A: D./Dña. _____

con DNI/NIE _____ Y fecha de nacimiento _____ a actuar en mi nombre en el procediment de sol·licitud de la prestació domiciliària:

☐ *Servicio de ayuda a domicilio* ☐ *Servicio de comida a domicilio* ☐ *Servicio de teleasistencia*

Calvià, a ____ de _____ de 202 ____

Firma persona beneficiaria: *Firma persona reperesentante:*

C/ de Julià Bujosa Sans, batle, 1
07184 Calvià (Illes Balears)
Tel. 971 139 100
www.calvia.com