

1. DATOS DEL SOLICITANTE * Campos obligatorios										
Nombre *										
Apellido 1*				Apellido 2*				DNI/NIE o CIF*		
Tipo vía	Domicilio									
Número	Portal			Esc.			Planta	Puerta		
Población/ Municipio					Provincia				C.P.	
Teléfono				Móvil						
Notificar por:		<input type="radio"/> Correo Postal		<input type="radio"/> Medios electrónicos		Correo electrónico				
<p>De modo voluntario puede optar por el sistema de notificaciones electrónicas. Todas las notificaciones que se practiquen en papel se pondrán a su disposición en la sede electrónica para que pueda acceder a ellas de modo voluntario. El correo electrónico que nos indique será empleado como medio de aviso de la puesta a disposición de la notificación en la sede electrónica.</p>										

2. PERSONA DE CONTACTO					
Nombre*			Apellido 1*	Apellido 2*	
DNI/NIE*			Relación con el solicitante*		
Teléfono*			Móvil*		

3. DATOS REPRESENTANTE * Campos obligatorios (en caso de presentación por el representante debe aportar documentación acreditativa de la representación).					
Nombre*			Apellido 1*	Apellido 2*	
DNI/NIE*			Relación con el solicitante*		

4. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD.	
<p>SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA para los siguientes beneficiarios:</p>	
<input type="checkbox"/>	SOLICITANTE <input style="width: 500px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/> PARENTESCO <input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/> PARENTESCO <input style="width: 150px;" type="text"/>

5. OBSERVACIONES

6. DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Solicitud en impreso normalizado debidamente cumplimentado<input type="checkbox"/> Fotocopia del D.N.I / N.I.E. del beneficiario y, si procede, de cada uno de los miembros de la unidad familiar o ANEXO I CUMPLIMENTADO<input type="checkbox"/> Fotopia de la Tarjeta Sanitaria del solicitante y de posibles beneficiarios<input type="checkbox"/> Informe médico del solicitante y otros beneficiarios, emitido por el Servicio Cántabro de Salud u otras entidades o profesionales sanitarios autorizados, en el modelo facilitado por el Ayuntamiento de Astillero (ANEXO II)<input type="checkbox"/> Los beneficiarios que aleguen una discapacidad igual o superior al 45 % presentarán copia del Certificado emitido por el ICASS o ANEXO I CUMPLIMENTADO | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificado de pensiones del beneficiario/s y si procede de la unidad familiar emitido por el ICASS o por el INSS según proceda o ANEXO I CUMPLIMENTADO<input type="checkbox"/> Declaración del I.R.P.F. del último año del beneficiario, y si procede, de la unidad familiar o ANEXO I CUMPLIMENTADO<input type="checkbox"/> Certificado de prestaciones de desempleo / renta social básica o ANEXO I CUMPLIMENTADO<input type="checkbox"/> Certificado Catastral de los bienes propiedad del beneficiario y, si procede de la unidad familiar o ANEXO I CUMPLIMENTADO |
|---|---|

7. NOTA

Se podrá solicitar a los interesados la aportación de otros documentos distintos de los mencionados en el apartado anterior, a efectos de constatar si reúne las condiciones exigidas para ser beneficiario de la prestación solicitada.

En _____, a _____ de _____ de 20_____.

Firma:

Este documento puede ser firmado electrónicamente

Sr. /Sra. Alcalde-Presidente del Ayuntamiento de Astillero

La firma de esta hoja supone la del resto de las hojas de la solicitud. El solicitante declara que los datos expresados son ciertos, por lo que se hace responsable de las inexactitudes o errores que contenga.

Ayuntamiento de Astillero – Calle San José 10, 39610 Astillero – Tfno.: 942 07 70 00 - <http://www.astillero.es/>

PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: Ayuntamiento de El Astillero | **Finalidad:** Tramitar y gestionar la solicitud presentada por el área/departamento municipal correspondiente. | **Legitimación:** El tratamiento de los datos incluidos en el presente formulario junto con la documentación que pueda ser adjuntada, se basa en los artículos 6.1.c) y/o 6.1.e) del RGPD y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en función de la solicitud realizada, que será tratada por el área/departamento municipal correspondiente. | **Destinatarios:** No está prevista la comunicación de datos a terceros salvo que sea necesario para la correcta gestión de la solicitud realizada, y siempre que concurra alguno de los supuestos legalmente previstos en la vigente normativa de protección de datos | **Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como oponerse o limitar el tratamiento, ante Ayuntamiento de Astillero – Calle San José 10, 39610 Astillero (Cantabria) indicando en el asunto: Ref. Protección de Datos, o a través de la Sede Electrónica (<https://sede.astillero.es>)



ANEXO I
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE ACCESO A
DATOS PERSONALES DEL CIUDADANO

DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A

DNI, NIF, NIE, CIF: _____ Nombre o Razón Social: _____
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
Tipo de vía: _____ Domicilio: _____ Nº: _____ Portal: _____ Esc.: _____
Planta: _____ Puerta: _____ C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____
Teléfono(s): _____ / _____ Correo electrónico: _____

A CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE QUE EL INTERESADO SEA UN MENOR DE 18 AÑOS

D/Dña. _____ con DNI _____ manifiesta bajo su responsabilidad ser titular de la patria potestad o tutela del menor y autoriza el uso de los datos del menor de 18 años por parte del Ayuntamiento de Astillero para que accedan a los datos relativos a su persona que figuran en las bases de datos de Administraciones y organismos Públicos.

DATOS RELATIVOS A LA AUTORIZACIÓN

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas 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), el Real Decreto-Ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

AUTORIZO: Expresamente al Ayuntamiento de Astillero para que se consulten los datos necesarios relativos a:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Identidad (DGP) | <input type="checkbox"/> Certificado de Grado de Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Rentas (AEAT) | <input type="checkbox"/> Pensiones (INSS) y Renta Social Básica |
| <input type="checkbox"/> Certificado Catastral de Titularidad de Bienes | <input type="checkbox"/> Situación de demandante de empleo |
| <input type="checkbox"/> Prestaciones por desempleo (SEPE) | |

Para la resolución del siguiente procedimiento

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

de acuerdo con lo previsto en el art. 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, a la hora de recabar el consentimiento para indicar que los datos a consultar son los estrictamente necesarios para la tramitación de este procedimiento.

LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO

La legitimación del tratamiento de sus datos personales encuentra su fundamento en el consentimiento del interesado

EJERCICIO DE DERECHOS RELATIVOS A DATOS PERSONALES

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si, en el Ayuntamiento de Astillero estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.

Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para el cumplimiento de los fines para los que fueron recogidos y en cumplimiento de la legislación vigente.

En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos.

En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos.

El Ayuntamiento de Astillero dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos.

En cualquier caso, el ciudadano tiene derecho al acceso, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad, rectificación y supresión de sus datos personales en los términos previstos en el Reglamento, que podrá ejercitar mediante escrito dirigido a la Calle San José 10, 39610, Astillero (Cantabria) indicando en el asunto: Ref. Protección de Datos, o a través de la Sede Electrónica (<https://sede.astillero.es>)

Firma:

Este documento puede ser firmado electrónicamente

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Sr. /Sra. Alcalde-Presidente del Ayuntamiento de Astillero

La firma de esta hoja supone la del resto de las hojas de la solicitud. El solicitante declara que los datos expresados son ciertos, por lo que se hace responsable de las inexactitudes o errores que contenga.

Ayuntamiento de Astillero – Calle San José 10, 39610 Astillero – Tfno.: 942 07 70 00 - <http://www.astillero.es/>

PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: Ayuntamiento de El Astillero | **Finalidad:** Tramitar y gestionar la solicitud presentada por el área/departamento municipal correspondiente. | **Legitimación:** El tratamiento de los datos incluidos en el presente formulario junto con la documentación que pueda ser adjuntada, se basa en los artículos 6.1.c) y/o 6.1.e) del RGPD y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en función de la solicitud realizada, que será tratada por el área/departamento municipal correspondiente. | **Destinatarios:** No está prevista la comunicación de datos a terceros salvo que sea necesario para la correcta gestión de la solicitud realizada, y siempre que concurra alguno de los supuestos legalmente previstos en la vigente normativa de protección de datos | **Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como oponerse o limitar el tratamiento, ante Ayuntamiento de Astillero – Calle San José 10, 39610 Astillero (Cantabria) indicando en el asunto: Ref. Protección de Datos, o a través de la Sede Electrónica (<https://sede.astillero.es>)



**Ayuntamiento
de Astillero**

ANEXO II
SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA
INFORME MÉDICO
CENTRO DE SALUD DE ASTILLERO

ATENCIÓN DOMICILIARIA (SAD) TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD)

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre *			
Apellido 1*		Apellido 2*	DNI/NIE o CIF*
Fecha de Nacimiento		Número de la Seguridad Social	

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

--	--

ENFERMEDAD PRINCIPAL	ESTADO FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> Aguda sin secuelas <input type="checkbox"/> Aguda con secuelas poco invalidantes <input type="checkbox"/> Crónica evolutiva lenta <input type="checkbox"/> Aguda con secuelas invalidantes <input type="checkbox"/> Crónica con evolución rápida	<input type="checkbox"/> Asintomática <input type="checkbox"/> Clínica mínima (no afectación AVD) <input type="checkbox"/> Clínica severa (afectación AVD > 50%) <input type="checkbox"/> Encamado > 50% <input type="checkbox"/> Encamado al 100 % del tiempo

MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO

<input type="checkbox"/> 35-30 Sin afectación cognitiva <input type="checkbox"/> 30-20 Discreta afectación cognitiva	<input type="checkbox"/> 20-10 Moderada afectación cognitiva <input type="checkbox"/> < 10 grave afectación cognitiva
---	--

PATOLOGÍA ASOCIADA

<input type="checkbox"/> Obesidad > 35 % del Índice de Masa Corporal <input type="checkbox"/> Déficit sensorial (auditivo, visual) <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Poliartritis invalidante <input type="checkbox"/> Accidente vascular cerebral <input type="checkbox"/> Diabetes melitus <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica -úlceras presión <input type="checkbox"/> Neoplasias
--	---

OBSERVACIONES

--

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Fdo: _____ Nº Colegiado _____

PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: Ayuntamiento de El Astillero | **Finalidad:** Tramitar y gestionar la solicitud presentada por el área/departamento municipal correspondiente. | **Legitimación:** El tratamiento de los datos incluidos en el presente formulario junto con la documentación que pueda ser adjuntada, se basa en los artículos 6.1.c) y/o 6.1.e) del RGPD y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en función de la solicitud realizada, que será tratada por el área/departamento municipal correspondiente. | **Destinatarios:** No está prevista la comunicación de datos a terceros salvo que sea necesario para la correcta gestión de la solicitud realizada, y siempre que concurra alguno de los supuestos legalmente previstos en la vigente normativa de protección de datos | **Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como oponerse o limitar el tratamiento, ante Ayuntamiento de Astillero – Calle San José 10, 39610 Astillero (Cantabria) indicando en el asunto: Ref. Protección de Datos, o a través de la Sede Electrónica (<https://sede.astillero.es>)



**Ayuntamiento
de Astillero**

ANEXO II
SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA
INFORME ENFERMERÍA
CENTRO DE SALUD DE ASTILLERO

ATENCIÓN DOMICILIARIA (SAD) TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD)

DATOS DEL SOLICITANTE				
Nombre *				
Apellido 1*		Apellido 2*		DNI/NIE o CIF*
Fecha de Nacimiento		Número de la Seguridad Social		

ÍNDICE BARTHEL					
	COMER	VESTIRSE Y DESVESTIRSE	USO DEL WC	HIGIENE PERSONAL	BAÑO
AUTÓNOMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CON AYUDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMINAR					
<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Autónomo con silla de ruedas <input type="checkbox"/> Dependiente					
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS					
<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> No puede					

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA					
	TELÉFONO	COMPRA COTIDIANA	MEDICACIÓN	ACTIVIDADES DOMÉSTICAS	COCINAR
NO PUEDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTÓNOMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CON AYUDA/SUPERVISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUNCIONES SUPERIORES
ORIENTACIÓN
<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Ocasionalmente desorientado <input type="checkbox"/> Totalmente desorientado
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE
<input type="checkbox"/> Comunicación espontánea <input type="checkbox"/> Dificultad de comunicación <input type="checkbox"/> Afasia total
COMPORTAMIENTO PSÍQUICO
<input type="checkbox"/> No presenta problemas de comportamiento <input type="checkbox"/> Trastornos del comportamiento sin riesgos (existen trastornos leves del comportamiento) <input type="checkbox"/> Trastornos del comportamiento con riesgo (existen trastornos del comportamiento que pueden representar un riesgo, tanto para ellos mismos como para los demás por agresividad, agitación, peligro de huidas, intentos de autolisis, etc)
OBSERVACIONES

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Fdo: _____ N.º Colegiado _____