**SISH**

**120033**

Nº Procedimiento

Código SIACI

**SOLICITUD DE TRASLADO VOLUNTARIO DE CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE □ Número de documento | | | |  | | | | | Número de documento | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | |  | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
| Fecha de Nacimiento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | |  | Correo electrónico: | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| Relación con el solicitante:  **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| EXPONE que cumple los requisitos exigidos por el Decreto 281/2004 de 10-12-2004 por el que se establece el régimen jurídico de los Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física de Castilla-La Mancha y el procedimiento de acceso a los mismos y la Orden de 29-03-2005, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regula el procedimiento para la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en los centros de atención a personas con discapacidad física integrados en la red pública de Castilla-La Mancha. |
| DATOS DEL CENTRO DEL QUE EL INTERESADO ES USUARIO:  TIPO DE CENTRO………………………………….. NOMBRE DEL CENTRO ………………………………………  DOMICILIO DEL CENTRO ……………………………………….. TELÉFONO: ……………………………………...  LOCALIDAD ……………………. CODIGO POSTAL ……………………. PROVINCIA …………………………  SOLICITA (Traslado de Centro):  TIPO DE CENTRO………………………………….. NOMBRE DEL CENTRO ………………………………………  DOMICILIO DEL CENTRO ……………………………………….. TELÉFONO: ……………………………………...  LOCALIDAD ……………………. CODIGO POSTAL ……………………. PROVINCIA …………………………  MOTIVO DE LA SOLICITUD DE TRASLADO:  ⁭ Reagrupamiento familiar en el mismo centro  ⁭ Aproximación geográfica del centro al lugar de residencia de los familiares  ⁭ Circunstancias de salud física y/o psíquica |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Mayores y Personas con Discapacidad |
| **Finalidad** | Tramitación de solicitudes de ingresos en residencias, estadísticas  y gestión de la lista de espera. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha y el Decreto 281/2004, de 10 de diciembre) |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es |

|  |
| --- |
| **Medio por el que desea recibir la notificación** |
| Correo postal *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica).*  Notificación electrónica *(si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos).* |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones**  **Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**  **AUTORIZA** a la Consejería de Bienestar Social para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:  **NO:** Los acreditativos de identidad.  **NO:** Los acreditativos de domicilio o residencia.  **NO:** La información de índole tributaria.  **NO:** Los datos o documentos emitidos por la Administración Regional, concretamente los siguientes:  Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:  **SI**  **NO: Los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración Regional, concretamente los siguientes:**   * Documento...................., presentado con fecha...........ante la unidad.............. de la Consejería de.......................... * Documento....................., presentado con fecha..........ante la unidad.............. de la Consejería de.... ..................... * Documento....................., presentado con fecha..........ante la unidad.............. de la Consejería de...........................   En caso de no autorización, se compromete a aportar la documentación pertinente.  **DOCUMENTACIÓN** a aportar:  ⁭ Libro de familia o documentación que acredite la relación de parentesco, cuando se alegue causa de reagrupamiento familiar o aproximación geográfica del centro al lugar de residencia de los familiares.  ⁭ Certificado de empadronamiento de los miembros de la unidad familiar, cuando se alegue causa de aproximación geográfica del centro al lugar de residencia de los familiares.  ⁭ |

En ………… a…….de………….de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario: DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL