



AYUNTAMIENTO DE LEÓN

Bienestar Social



SOLICITUD DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

1. Datos del solicitante

Nombre y Apellidos	NIF / NIE	
Domicilio (Dirección completa)		
Localidad	Provincia	Código Postal
Correo electrónico	Teléfono(s)	Fecha de Nacimiento

2. Datos del Representante

En calidad de madre/padre/tutor de menor de 18 años
Como representante voluntario (adjuntar anexo 1)
Como representante legal o judicial (adjuntar sentencia)
Como representante de presunto incapaz

Nombre y Apellidos o Razón Social	NIF / NIE	
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal
Correo electrónico	Teléfono(s)	Fax

3. Dirección para notificaciones

En papel en el domicilio del solicitante.
En papel en el domicilio del representante.
Por medio de la notificación telemática, con aviso en la dirección de correo electrónico antes indicada.

4. Expone

Que en (indicar localidad) _____ he presentado solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a prestaciones. (Si lo conoce, indique la fecha: ____/____/____)

Otros:

5. Solicita

La concesión del servicio de teleasistencia.

6. Cónyuge o pareja de hecho (si procede)

Nombre y Apellidos	NIF / NIE	
Fecha nacimiento		

7. Declaraciones

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y en los documentos que apporto y que conozco mi obligación de comunicar al Ayuntamiento de León, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales.

8. Denegación de consulta de datos

De conformidad con lo dispuesto en el art. 28.2 y 3 del a Ley 39/2015, deniego mi autorización para que la administración actuante consulte o recabe documentos que ya se encuentren en poder de la Administración actuante o hayan sido elaborados por cualquier otra Administración.
En este caso el ciudadano aportará la documentación en soporte papel.
No cabrá la oposición cuando la aportación del documento se exigiera en el marco del ejercicio de potestades sancionadoras o de inspección.

9. Protección de datos

He sido informado de que el Ayuntamiento de León va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación que le acompaña para la tramitación y gestión de expedientes administrativos

Responsable del Tratamiento	Excmo. Ayuntamiento de León
Finalidad	Tramitación, gestión de expedientes administrativos y actuaciones administrativas derivadas de estos
Legitimación	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos otorgados a este Ayuntamiento, y/o en base a una obligación legal. Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.
Categoría de datos	Datos identificativos Datos de características personales Datos de circunstancias sociales Otros tipos de datos
Cesión de datos	Los datos se cederán a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León para su incorporación en el fichero propiedad de esta "Usuarios de los Servicios Sociales" de la Junta de Castilla y León". No hay previsión de transferencias a terceros países.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como cualesquiera otros derechos que les correspondan, tal y como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la siguiente url https://sede.aytoleon.es/eAdmin/InfoSede.do?pagina=proteccionDeDatos

10. Documentos que acompañan a la instancia

Fotocopia DNI de la persona solicitante y su cónyuge.
Fotocopia de la tarjeta sanitaria.
Informe de salud normalizado para solicitud de prestaciones sociales.

Firma solicitante o representante legal

Firma representante voluntario

Firma cónyuge o representante

León, a de de

Al Ilmo. Sr. Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de León

ANEXO 1

AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

Datos de la persona solicitante de la prestación

Nombre y Apellidos	NIF / NIE
--------------------	-----------

DECLARO que soy mayor de edad y con plena capacidad de obrar.
AUTORIZO a la persona indicada a continuación a actuar en mi nombre en el procedimiento de solicitud del Servicio de Teleasistencia del Ayuntamiento de León.
Las notificaciones se enviarán a la dirección indicada en la solicitud.

Datos de la persona AUTORIZADA (representante voluntario)

Nombre y Apellidos	NIF / NIE
Fecha de nacimiento	Relación de parentesco

En _____, a _____ de _____ de _____
(firma solicitante)

Autorización del representante para la consulta de datos de identidad

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE DATOS Y CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Publicas, en las letras c) y d) del artículo 6.1 y 9.2 h) del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, de Protección de Datos de Carácter Personal, Y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se informa que la presentación de este impreso cumplimentado posibilita el tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en él y habilita para que el Ayuntamiento de León obtenga directamente los datos de identidad de la persona designada como representante.

Asimismo, se le informa que los datos de carácter personal aportados a este formulario, así como a la documentación adjunta al mismo, serán incorporados a un fichero de titularidad del Ayuntamiento de León a efectos de ser utilizados exclusivamente para la gestión del correspondiente recurso que se solicita, pudiendo ejercer, en cualquier momento, su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición por medio de escrito dirigido al Ayuntamiento de León, Avda., Ordoño II, nº 10 de León. Se le informa que los datos contenidos en esta solicitud serán incorporados al fichero automatizado "Usuarios de los Servicios Sociales de Castilla y León", de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales, pudiendo igualmente ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la misma.

DECLARO que he sido informado suficientemente sobre el tratamiento de los datos personales que resulten necesarios a tal fin, aportados en el presente formulario.

En caso de que NO muestre su conformidad, debe marcar esta casilla y aportar al procedimiento una copia de su DNI.

En _____, a _____ de _____ de _____
(firma representante voluntario)