

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT  
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**
**CODI EXPEDIENT (1) / CÓDIGO EXPEDIENTE (1)**
**COGNOMS / APELLIDOS**
**NOM / NOMBRE**
**DNI**
**SEXE / SEXO**
**NÚM. SIP / Nº SIP**
**ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL**
**DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO**
**DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)**
**CP**
**LOCALITAT / LOCALIDAD**
**PROVÍNCIA / PROVINCIA**
**TELÈFON AMB PREFIX  
TELÉFONO CON PREFIJO**
**DADES DEL CÒNJUGE O ACOMPANYANT / DATOS DEL CÓNYUGE O ACOMPAÑANTE**
**COGNOMS / APELLIDOS**
**NOM / NOMBRE**
**DNI**
**DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO**
**NÚM. SIP / Nº SIP**
**PLACES SOL·LICITADES / PLAZAS SOLICITADAS**
**NOMBRE DE PLACES:  
NÚMERO DE PLAZAS:**
☐ **SOLS PER LA PERSONA SOL·LICITANT  
SOLO PARA LA PERSONA SOLICITANTE**
☐ **CÒNJUGE  
CÓNYUGE**
☐ **ALTRE  
OTRO**
**B MODALITAT SOL·LICITADA (2) / MODALIDAD SOLICITADA (2)**
☐ **Bo VERD respir mensual  
Bono VERDE respiro mensual**
☐ **Bo BLAU respir dies  
Bono AZUL respiro días**
☐ **Bo BLANC cap de setmana  
Bono BLANCO fin de semana**
**C DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / GUARDADOR DE FET / PERSONA DE CONTACTE  
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL / GUARDADOR DE HECHO / PERSONA DE CONTACTO**
**COGNOMS / APELLIDOS**
**NOM / NOMBRE**
**DNI**
**DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO**
**RELACIÓ DE PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT  
RELACIÓN DE PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE**
**DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)**
**CP**
**LOCALITAT / LOCALIDAD**
**PROVÍNCIA / PROVINCIA**
**TELÈFON AMB PREFIX  
TELÉFONO CON PREFIJO**
**D DOMICILI A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**
☐ **PERSONA SOL·LICITANT  
PERSONA SOLICITANTE**
☐ **REPRESENTANT LEGAL / GUARDADOR DE FET / PERSONA DE CONTACTE  
REPRESENTANTE LEGAL / GUARDADOR DE HECHO / PERSONA DE CONTACTO**
**E DADES DEL CUIDADOR HABITUAL / DATOS DEL CUIDADOR HABITUAL**
**COGNOMS / APELLIDOS**
**NOM / NOMBRE**
**DNI**

**F DECLARACIÓ JURADA I AUTORITZACIONS / DECLARACIÓN JURADA Y AUTORIZACIONES**

Declaro no rebre ajuda o subvenció per a esta finalitat per part d'altres organismes, que són certes totes les dades que es declaren en este expedient, i és conscient que la falsedat d'estes pot ser motiu suficient per a la cancel·lació de l'expedient, de l'ajuda econòmica o per l'expulsió del centre en el cas d'haver admés/esa. Així mateix declara el seu compromís de pagar la quantitat establida en concepte d'aportació mensual que li pertoque.

Declaro no estar sotmés a cap prohibició per a obtindre la condició de beneficiari, assenyalades en l'art. 13 de la Llei 38/2003, de 17 de novembre, General de Subvencions (BOE núm. 276, de 18/11/03) i del compliment de obligacions de reintegrament de subvencions que, si és el cas, se li hagueren exigit.

La/es persona/es a dalt signatària/es, conforme al que es disposa en l'article 6 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, AUTORIZA/EN expressament a la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives perquè puga accedir a les dades personals obrants en els fitxers de les Administracions Tributàries i de la Seguretat Social, als únics efectes de verificar el compliment dels requisits i condicions necessaris per a persones majors, sent el beneficiari, o possible beneficiari, la persona que figura en l'apartat A de el present Annex.

La present autorització s'atorga a l'efecte del reconeixement, seguiment i control dels requisits econòmics i determinació de les aportacions personals que corresponguen, i en el cas d'informació de naturalesa tributària, en aplicació del que es disposa en l'article 95.1.k de la Llei 58/2003, de 17 de desembre, General Tributària, per la qual es permet precia autorització de l'interessat, la cessió de les dades tributàries que precisen les Administracions Públiques per al desenvolupament de les seues funcions.

*Declaro no recibir ayuda o subvención para esta finalidad por parte de otros organismos, ser ciertos cuantos datos se declaran en este expediente y ser consciente de que la falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente, ayuda económica o expulsión del centro en el supuesto de haber sido admitido. Asimismo declaro su compromiso de abonar la cantidad establecida en concepto de aportación mensual que le corresponda.*

*Declaro no estar incurso en prohibición alguna para obtener la condición de beneficiario, señaladas en el art. 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones (BOE nº 276, de 18/11/03) y del cumplimiento de obligaciones de reintegro de subvenciones que, en su caso, se le hubiesen exigido.*

*La/s persona/s arriba firmante/s, conforme a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, AUTORIZA/N expresamente a la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas para que pueda acceder a los datos personales obrantes en los ficheros de las Administraciones Tributarias y de la Seguridad Social, a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para personas mayores, siendo el beneficiario, o posible beneficiario, la persona que figura en el apartado A del presente Anexo.*

*La presente autorización se otorga a los efectos del reconocimiento, seguimiento y control de los requisitos económicos y determinación de las aportaciones personales que correspondan, y en el caso de información de naturaleza tributaria, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 95.1.k de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, por la que se permite precia autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Publicas para el desarrollo de sus funciones.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant (4) / La persona solicitante (4)

La persona sol·licitant (4) / La persona solicitante (4)

Cònjuge i/o acompanyant (6) / Cónyuge y/o acompañante (6)

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(1) Emplenar per l'Administració. / A cumplimentar por la Administración.

(2) Marqueu amb una (X) la modalitat triada. Les distintes modalitats són incompatibles entre si.

Marcar con una (X) la modalidad elegida. Las distintas modalidades son incompatibles entre si.

(3) La presentació de la sol·licitud per part del beneficiari comportarà l'autorització a l'òrgan gestor per a demanar la certificació a emetre per l'AEAT i per l'INSS (Art. 23 Llei 38/2003 de 17 de novembre, General de Subvencions).

La presentación de la solicitud por parte del beneficiario conllevará la autorización al órgano gestor para recabar la certificación a emitir por la AEAT y por el INSS (Art. 23 Ley 38/2003 de 17 de noviembre, General de Subvenciones).

(4) En el cas d'incapacitats, caldrà que estiga signat pel representant legal.

En el caso de incapaces, deberá ir firmado por el representante legal.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**A DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO**

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NÚM. COL·LEGIAT/ADA / N° DE COLEGIADO/A

**QUE PRESTA ELS SEUS SERVICIS A: / QUE PRESTA SUS SERVICIOS EN:**

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

**B INFORMA**En relació a la sol·licitud d'ajuda de Bono Respir per a persones majors de D/D<sup>a</sup>:*En relación a la solicitud de ayuda de Bono Respiro para personas mayores de D/D<sup>o</sup>:*

Núm. SIP:

N° SIP: \_\_\_\_\_

☐ Sol·licitant de 55 anys o més diagnosticat de malaltia d'Alzheimer o altres demències  
*Solicitante de 55 años o más diagnosticado de enfermedad de Alzheimer u otras demencias*

Que el sol·licitant, a causa del seu estat de salut, precisa cures continuades i l'ajuda de tercers per a la realització de les activitats habituals de la vida diària.

*Que el solicitante, debido a su estado de salud, precisa cuidados continuados y la ayuda de terceros para la realización de las actividades habituales de la vida diaria.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**A INFORME SOCIAL**

EMET EL SR./LA SRA. / EMITE D/Dª

TREBALLADOR/A SOCIAL D / TRABAJADOR/A SOCIAL DE

NÚM. COL·LEGIAT  
Nº COLEGIADO

TELÈFON / TELÉFONO

MUNICIPI / MUNICIPIO

CP

RELATIU AL/A LA SR./SRA. / RELATIVO A D./Dª

**ASSENYALAR LES NECESSITATS EN QUÈ ES FONAMENTA LA SOL·LICITUD DEL BONO RESPIR**  
**SEÑALAR LAS NECESIDADES EN QUÉ SE FUNDAMENTA LA SOLICITUD DEL BONO RESPIRO**

- ☐ Substitució del vetllador principal quan, de forma temporal i per necessitats sanitàries, socials o laborals, no pot realitzar les activitats habituals que exigix tindre cura de la persona major.  
*Sustitución del cuidador principal cuando, de forma temporal y por necesidades sanitarias, sociales o laborales, no puede realizar las actividades habituales que exige el cuidado de la persona mayor.*
- ☐ Cures de l'ancià després d'altres hospitalàries en períodes de convallescència.  
*Cuidados del anciano tras altas hospitalarias en periodos de convalecencia.*
- ☐ Descans i/o vacances del vetllador principal.  
*Descanso y/o vacaciones del cuidador principal.*
- ☐ Altres necessitats de caràcter social no definides, que impeden o dificulten a les famílies, transitoriament, l'atenció a persones majors dependents a càrrec seu.  
*Otras necesidades de carácter social no definidas, que impiden o dificultan a las familias, transitoriamente, la atención a personas mayores dependientes a su cargo.*

**B SITUACIÓ SÒCIOFAMILIAR / SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**
**I. SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA DE LA PERSONA MAJOR RESPECTE DEL VETLLADOR PRINCIPAL**  
**SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE LA PERSONA MAYOR RESPECTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL**

(Marcar amb una X aquelles activitats que la persona major no puga realitzar sense la atenció del vetllador).  
(Marcar con una X aquellas actividades que la persona mayor no pueda realizar sin la atención del cuidador).

- ☐ Necessita ajuda per a alimentar-se.  
*Necesita ayuda para alimentarse.*
- ☐ Necessita ajuda per a la higiene personal elemental (pentinar-se, llavar-se...).
- ☐ Necessita ajuda per a la higiene personal elemental (peinarse, lavarse...).
- ☐ Necessita supervisió en la presa de medicaments.  
*Necesita supervisión en la toma de medicamentos.*
- ☐ Necessita ajuda per a realitzar les activitats de la casa: cuinar, llavar, etc.  
*Necesita ayuda para realizar las actividades de la casa: cocinar, lavar, etc.*
- ☐ Necessita ajuda per al desplaçament en l'interior del domicili.  
*Necesita ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.*
- ☐ Necessita ajuda per al desplaçament fora del domicili (acompanyament).  
*Necesita ayuda para el desplazamiento fuera del domicilio (acompañamiento).*
- ☐ Necessita ajuda en les cures d'infermeria.  
*Necesita ayuda en los cuidados de enfermería.*
- ☐ Necessita ajuda per a telefonar o comunicar-se amb els altres.  
*Necesita ayuda para llamar por teléfono o comunicarse con los demás.*
- ☐ Necessita ajuda per a realitzar xicotetes tasques quotidianes (alçar-se, anar al bany, agafar un got d'aigua, agafar el telèfon).  
*Necesita ayuda para realizar pequeñas tareas cotidianas (levantarse, ir al baño, coger un vaso de agua, coger el teléfono).*
- ☐ Altres necessitats bàsiques que no pot realitzar sense ajuda.  
*Otras necesidades básicas que no puede realizar sin ayuda.*

**II. ALTRES SUPORTS SÒCIOFAMILIARS QUE REP L'INTERESSAT**  
**OTROS APOYOS SOCIO FAMILIARES QUE RECIBE EL INTERESADO**

(S'exceptua el suport prestat pel vetllador principal).  
(Se exceptúa el apoyo prestado por el cuidador principal).

- ☐ No rep cap ajuda.  
*No recibe ninguna ayuda.*
- ☐ Escassa ajuda o de forma esporàdica.  
*Escasa ayuda o de forma esporádica.*
- ☐ Suport insuficient i extern a l'àmbit familiar.  
*Apoyo insuficiente y externo al ámbito familiar.*

**III. ALTRES SITUACIONS SOCIALS O FAMILIARS VALORADES**  
**OTRAS SITUACIONES SOCIALES O FAMILIARES VALORADAS**

- ☐ El vetllador no té vincle de parentesc amb la persona major.  
*El cuidador no tiene vinculo de parentesco con la persona mayor.*
- ☐ Només hi ha un únic vetllador en l'àmbit familiar.  
*Solo existe un único cuidador en el ámbito familiar.*
- ☐ El vetllador habitual té altres càrregues familiars, socials o laborals que impeden o dificulten l'atenció al sol·licitant.  
*El cuidador habitual tiene otras cargas familiares, sociales o laborales que impiden o dificultan la atención al solicitante.*

**C ALTRES CIRCUMSTÀNCIES (ESPECIFICAR) / OTRAS CIRCUNSTACIAS (ESPECIFICAR)**

(Que no hagen sigut valorades i que el treballador social considere que han de ser tingudes en compte).  
(Que no hayan sido valoradas y que el trabajador social considere que han de ser tenidas en cuenta).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El/La treballador/a social - El/La trabajador/a social Segell / Sello

Firma: \_\_\_\_\_

**ANEXO 4**  
**BAREMO**

**I.- SITUACION DE DEPENDENCIA DE LA PERSONA MAYOR RESPECTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL**

*(Se pondera la ayuda que necesita la persona mayor respecto a su cuidador, asignando 2 puntos por cada una de las actividades señaladas para las cuales la persona mayor necesita de su ayuda, hasta un máximo de 20 puntos ).*

| ACTIVIDAD                                                                                                                  | PUNTUACION |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Necesita ayuda para alimentarse                                                                                            | 2 puntos   |
| Necesita ayuda para la higiene personal elemental (peinarse, lavarse..)                                                    | 2 puntos   |
| Necesita supervisión en la toma de medicamentos                                                                            | 2 puntos   |
| Necesita ayuda para realizar las actividades de la casa: cocinar, lavar, etc.                                              | 2 puntos   |
| Necesita ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio                                                         | 2 puntos   |
| Necesita ayuda para el desplazamiento fuera del domicilio (acompañamiento )                                                | 2 puntos   |
| Necesita ayuda en los cuidados de enfermería                                                                               | 2 puntos   |
| Necesita ayuda para llamar por teléfono o comunicarse con los demás                                                        | 2 puntos   |
| Necesita ayuda para realizar pequeñas tareas cotidianas (levantarse, ir al baño, coger un vaso de agua, coger el teléfono) | 2 puntos   |
| Otras necesidades básicas que no puede realizar sin ayuda                                                                  | 2 puntos   |

**II.- OTROS APOYOS SOCIO FAMILIARES QUE RECIBE EL INTERESADO**

*(Se exceptúa el apoyo prestado por el cuidador principal. Los ítems son excluyentes, asignándose por tanto la puntuación máxima de 10 puntos)*

| AYUDA QUE RECIBE                                | PUNTUACION |
|-------------------------------------------------|------------|
| No recibe ninguna ayuda                         | 10 puntos  |
| Escasa ayuda o de forma esporádica              | 5 puntos   |
| Apoyo insuficiente y externo al ámbito familiar | 5 puntos   |

**III.- OTRAS SITUACIONES SOCIALES O FAMILIARES VALORADAS**

*( Los ítems son excluyentes, asignándose por tanto la puntuación máxima de 10 puntos)*

| SITUACION                                                                                                                    | PUNTUACION |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| El cuidador no tiene vinculo de parentesco con la persona mayor                                                              | 10 puntos  |
| Solo existe un único cuidador en el ámbito familiar                                                                          | 5 puntos   |
| El cuidador habitual tiene otras cargas familiares, sociales o laborales que impiden o dificultan la atención al solicitante | 5 puntos   |

**IV.-OTRAS CIRCUNSTACIAS**

Se ponderarán otras circunstancias que no hayan sido valoradas y que el trabajador social, recoja en su informe para que sean tenidas de ser tenidas en cuenta hasta un máximo de 10 puntos

|              |                  |
|--------------|------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>50 PUNTOS</b> |
|--------------|------------------|

## ANNEX 4

### BAREM

#### **I.- SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA DE LA PERSONA MAJOR RESPECTE DEL CUIDADOR PRINCIPAL**

*(Es pondera l'ajuda que necessita la persona major respecte al seu cuidador i s'assignen 2 punts per cada una de les activitats assenyalades per a les quals la persona major necessita de la seua ajuda, fins a un màxim de 20 punts ).*

| ACTIVITAT                                                                                                                        | PUNTUACIÓ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Necessita ajuda per a alimentar-se                                                                                               | 2 punts   |
| Necessita ajuda per a la higiene personal elemental (pentinar-se, llavar-se...)                                                  | 2 punts   |
| Necessita supervisió per a prendre medicaments                                                                                   | 2 punts   |
| Necessita ajuda per a realitzar les activitats de la casa: cuinar, llavar, etc.                                                  | 2 punts   |
| Necessita ajuda per al desplaçament en l'interior del domicili                                                                   | 2 punts   |
| Necessita ajuda per al desplaçament fora del domicili (acompanyament )                                                           | 2 punts   |
| Necessita ajuda en les cures d'infermeria                                                                                        | 2 punts   |
| Necessita ajuda per a telefonar o comunicar-se amb els altres                                                                    | 2 punts   |
| Necessita ajuda per a realitzar xicotetes tasques quotidianes (alçar-se, anar al bany, agafar un got d'aigua, agafar el telèfon) | 2 punts   |
| Altres necessitats bàsiques que no pot realitzar sense ajuda                                                                     | 2 punts   |

#### **II.- ALTRES SUPORTS SOCI FAMILIARS QUE REP LA PERSONA INTERESSADA**

*(S'exceptua el suport prestat pel cuidador principal. Els ítems són excloents i, per tant, s'assigna la puntuació màxima de 10 punts)*

| AJUDA QUE REP                                  | PUNTUACIÓ |
|------------------------------------------------|-----------|
| No rep cap ajuda                               | 10 PUNTS  |
| Escassa ajuda o de forma esporàdica            | 5 punts   |
| Suport insuficient i extern a l'àmbit familiar | 5 punts   |

#### **III.- ALTRES SITUACIONS SOCIALS O FAMILIARS VALORADES**

*(Els ítems són excloents i, s'assigna, per tant, la puntuació màxima de 10 punts)*

| SITUACIÓ                                                                                                                     | PUNTUACIÓ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| El cuidador no té vincle de parentiu amb la persona major                                                                    | 10 PUNTS  |
| NOMÉS hi ha un únic cuidador en l'àmbit familiar                                                                             | 5 punts   |
| El cuidador habitual té altres càrregues familiars, socials o laborals que impedeixen o dificulten l'atenció al sol·licitant | 5 punts   |

#### **IV.-ALTRES CIRCUMSTÀNCIES**

Es ponderaran altres circumstàncies que no hagen sigut valorades i que el treballador social, arrecplegue en el seu informe perquè siguen tingudes en compte fins a un màxim de 10 PUNTS.

|              |                 |
|--------------|-----------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>50 PUNTS</b> |
|--------------|-----------------|

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

|                     |              |     |
|---------------------|--------------|-----|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI |
|---------------------|--------------|-----|

**B DADES DE LA RESIDÈNCIA DE TERCERA EDAT  
DATOS DE LA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD**

|                                                                                    |                       |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| NOM O RAÓ SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL                                           |                       | CIF                |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) |                       | CP                 |
| LOCALITAT / LOCALIDAD                                                              | PROVÍNCIA / PROVINCIA | TELÈFON / TELÉFONO |
| CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO                                             |                       |                    |

**DADES D'AUTORITZACIÓ DE LA DIRECCIÓ GENERAL DE QUALITAT I ORDENACIÓ DE CENTRES  
DATOS DE AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y ORDENACIÓN DE CENTROS**

|        |              |                                   |
|--------|--------------|-----------------------------------|
| NÚMERO | DATA / FECHA | CAPACITAT TOTAL / CAPACIDAD TOTAL |
|--------|--------------|-----------------------------------|

**C EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN**

Que es troba interessat que el centre les dades del qual s'expressen a dalt, participe en el programa Bo Respir, manifestant el seu compromís d'acceptar i complir tots els requisits establits en la convocatòria, com també d'atindre's a les indicacions que per a la bona marxa li proporcione la Direcció general de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència.

*Que se halla interesado en que el centro cuyos datos se expresan arriba, participe en el programa Bono Respir, manifestando su compromiso de aceptar y cumplir todos los requisitos establecidos en la convocatoria, así como atenerse a las indicaciones que para la buena marcha del mismo le proporcione la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia.*

**D SOL·LICITUD / SOLICITUD**

☐ L'adhesió a este programa per a atendre a beneficiaris, amb un nombre de places de  
La adhesión a este programa para atender a beneficiarios, con un número de plazas de \_\_\_\_\_

Així mateix manifesta que és conscient què l'omissió, falsedat, o l'incompliment d'algun dels requisits exigits en la convocatòria i altres disposicions legals i reglamentàries, donarà lloc a la seua exclusió com a centre col·laborador d'este programa, sense perjudi d'altres sancions administratives que puguin imposar-se d'acord amb el que establix la Llei de Serveis Socials i la resta de normativa vigent.

*Asimismo manifiesta que es consciente de que la omisión, falsedad, o el incumplimiento de alguno de los requisitos exigidos en la convocatoria y demás disposiciones legales o reglamentarias, dará lugar a su exclusión como centro colaborador de este programa, sin perjuicio de otras sanciones administrativas que puedan imponerse con arreglo a lo establecido en la Ley de Servicios Sociales y demás normativa vigente.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El representant legal de la residència / El representante legal de la residencia

Firma: \_\_\_\_\_

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

*Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).*



# AUTORITZACIÓ DE CONSULTA TELEMÀTICA DE DADES PER A BEQUES, AJUDES, PREMIS I SUBVENCIONS

## AUTORIZACIÓN DE CONSULTA TELEMÁTICA DE DATOS PARA BECAS, AYUDAS, PREMIOS Y SUBVENCIONES

### A DADES DE LA PERSONA INTERESSADA O DEL REPRESENTANT DE L'ENTITAT

### DATOS DE LA PERSONA INTERESADA O DEL REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD

|                                                                                    |                    |                                        |                       |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS                                                                |                    | NOM / NOMBRE                           |                       | NIF                   |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) |                    |                                        | CP                    | LOCALITAT / LOCALIDAD |
| PROVÍNCIA / PROVINCIA                                                              | TELÈFON / TELÉFONO | CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO | COM A / EN CALIDAD DE |                       |

|                                                                                                                |                       |                    |                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------------------------|-----|
| <b>SI ES TRACTA D'UNA ENTITAT, DADES D'IDENTIFICACIÓ / SI SE TRATA DE UNA ENTIDAD, DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b> |                       |                    |                                        |     |
| RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL                                                                                      |                       |                    |                                        | NIF |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)                             |                       |                    |                                        | CP  |
| LOCALITAT / LOCALIDAD                                                                                          | PROVÍNCIA / PROVINCIA | TELÈFON / TELÉFONO | CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO |     |

### B ÒRGAN A QUÈ ES DIRIGIX L'AUTORITZACIÓ / ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA AUTORIZACIÓN

|                                                                                    |    |                       |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|
| NOM / NOMBRE                                                                       |    |                       |                       |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) | CP | LOCALITAT / LOCALIDAD | PROVÍNCIA / PROVINCIA |

### C PROCEDIMENT DE CONCESSIÓ / PROCEDIMIENTO DE CONCESIÓN

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| OBJECTE DEL PROCEDIMENT / OBJETO DEL PROCEDIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| SI ESTE PROCEDIMENT ÉS MITJANÇANT RÈGIM DE CONCURRÈNCIA COMPETITIVA, INDIQUE:<br>SI ESTE PROCEDIMIENTO ES MEDIANTE RÉGIMEN DE CONCURRENCIA COMPETITIVA, INDIQUE:<br>Norma de la convocatòria: _____ Núm. / N° de DOGV _____ de ____ / ____ / ____<br>Norma de la convocatoria: _____ |  |

### D AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376, de 14/10/2010), done l'autorització perquè l'òrgan gestor del procediment de concessió obtinga directament la comprovació de les dades d'estar al corrent dels pagaments amb l'Agència Tributària, estatal i autonòmica, i amb la Tresoreria de la Seguretat Social, així com, les dades d'identitat i, si és el cas, de residència.

En cas de no subscriure esta autorització, la persona interessada està obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la Administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376, de 14/10/2010), doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento de concesión obtenga directamente la comprobación de los datos de estar al corriente de los pagos con la Agencia Tributaria, estatal y autonómica, y con la Tesorería de la Seguridad Social, así como, los datos de identidad y, en su caso, residencia.

En caso de no suscribir esta autorización, la persona interesada está obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

☐ Autoritze / Autorizo ☐ No autoritze / No autorizo

La persona que signa declara, sota la seua responsabilitat, que les dades ressenyades en esta sol·licitud són exactes i conformes amb el que estableix la legislació.

La persona que firma declara, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

L'interessat o representant de l'entitat  
El interesado o representante de la entidad

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT**  
**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

CODI EXPEDIENT (1) / CÓDIGO EXPEDIENTE (1)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

SEXE / SEXO

NÚM. SIP / Nº SIP

ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL

DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON AMB PREFIX  
TELÉFONO CON PREFIJO**DADES DEL CÒNJUGE O ACOMPANYANT / DATOS DEL CÓNYUGE O ACOMPAÑANTE**

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO

NÚM. SIP / Nº SIP

**PLACES SOL·LICITADES / PLAZAS SOLICITADAS**NOMBRE DE PLACES:  
NÚMERO DE PLAZAS:☐ SOLS PER LA PERSONA SOL·LICITANT  
SOLO PARA LA PERSONA SOLICITANTE☐ CÒNJUGE  
CÓNYUGE**B DADES RELATIVES A L'ESTADA SOL·LICITADA / DATOS RELATIVOS A LA ESTANCIA SOLICITADA**☐ PLAÇA BO  
PLAZA BONO**C DADES DEL** ☐ **REPRESENTANT LEGAL** ☐ **GUARDADOR DE FET** ☐ **PERSONA DE CONTACTE**  
**DATOS DEL** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL** ☐ **GUARDADOR DE HECHO** ☐ **PERSONA DE CONTACTO**

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO

RELACIÓ DE PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT  
RELACIÓN DE PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON AMB PREFIX  
TELÉFONO CON PREFIJO**D DOMICILI A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**☐ PERSONA SOL·LICITANT  
PERSONA SOLICITANTE☐ PERSONA DE CONTACTE  
PERSONA DE CONTACTO

**E DECLARACIÓ JURADA I AUTORITZACIONS / DECLARACIÓN JURADA Y AUTORIZACIONES**

Declaro no rebre ajuda o subvenció per a esta finalitat per part d'altres organismes, que són certes totes les dades que es declaren en este expedient, i és conscient que la falsedat d'aquestes pot ser motiu suficient per a la cancel·lació de l'expedient, de l'ajuda econòmica o per l'expulsió del centre en el cas d'haver admés/esa. Així mateix declaro el seu compromís de pagar la quantitat establida en concepte de aportació mensual que li pertoque.

Declaro no estar sotmés en cap prohibició per a obtindre la condició de beneficiari, assenyalades en l'art. 13 de la Llei 38/2003, de 17 de novembre, General de Subvencions (BOE núm. 276, de 18/11/03) i del compliment de obligacions de reintegrament de subvencions que, si és el cas, se li hagueren exigit.

La/es persona/es a dalt signatària/es, conforme al que es disposa en l'article 6 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, AUTORIZA/EN expressament a la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives perquè puga accedir a les dades personals obrants en els fitxers de les Administracions Tributàries i de la Seguretat Social, als únics efectes de verificar el compliment dels requisits i condicions necessaris per a persones majors, sent el beneficiari, o possible beneficiari, la persona que figura en l'apartat A de el present Annex.

La present autorització s'atorga a l'efecte del reconeixement, seguiment i control dels requisits econòmics i determinació de les aportacions personals que corresponguen, i en el cas d'informació de naturalesa tributària, en aplicació del que es disposa en l'article 95.1.k de la Llei 58/2003, de 17 de desembre, General Tributària, per la qual es permet precia autorització de l'interessat, la cessió de les dades tributàries que precisen les Administracions Públiques per al desenvolupament de les seues funcions.

*Declaro no recibir ayuda o subvención para esta finalidad por parte de otros organismos, ser ciertos cuantos datos se declaran en este expediente y ser consciente de que la falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente, ayuda económica o expulsión del centro en el supuesto de haber sido admitido. Asimismo declaro su compromiso de abonar la cantidad establecida en concepto de aportación mensual que le corresponda.*

*Declaro no estar incurso en prohibición alguna para obtener la condición de beneficiario, señaladas en el art. 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones (BOE nº 276, de 18/11/03) y del cumplimiento de obligaciones de reintegro de subvenciones que, en su caso, se le hubiesen exigido.*

*La/s persona/s arriba firmante/s, conforme a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, AUTORIZA/N expresamente a la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas para que pueda acceder a los datos personales obrantes en los ficheros de las Administraciones Tributarias y de la Seguridad Social, a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para personas mayores, siendo el beneficiario, o posible beneficiario, la persona que figura en el apartado A del presente Anexo.*

*La presente autorización se otorga a los efectos del reconocimiento, seguimiento y control de los requisitos económicos y determinación de las aportaciones personales que correspondan, y en el caso de información de naturaleza tributaria, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 95.1.k de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, por la que se permite precia autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Publicas para el desarrollo de sus funciones.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant (4) / La persona solicitante (4)

La persona sol·licitant (4) / La persona solicitante (4)

Cònjuge i/o acompanyant (6) / Cónyuge y/o acompañante (6)

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

- (1) Emplenar per l'Administració. / A cumplimentar por la Administración.
- (2) La presentació de la sol·licitud per part del beneficiari comportarà l'autorització a l'òrgan gestor per a demanar la certificació a emetre per la A.E.A.T i pel I.N.S.S. (Art. 23 Llei 38/2003 de 17 de novembre, General de Subvencions).  
*La presentación de la solicitud por parte del beneficiario conllevará la autorización al órgano gestor para recabar la certificación a emitir por la A.E.A.T y por el I.N.S.S. (Art. 23 Ley 38/2003 de 17 de noviembre, General de Subvenciones).*
- (3) En el cas d'incapacitats, caldrà que estiga signat pel representant legal.  
*En el caso de incapaces, deberá ir firmado por el representante legal.*

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT  
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

CODI EXPEDIENT (1) / CÓDIGO EXPEDIENTE (1)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

SEXE / SEXO

NÚM. SIP / Nº SIP

ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL

DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON AMB PREFIX  
TELÉFONO CON PREFIJO

## DADES DEL CÒNJUGE O ACOMPANYANT / DATOS DEL CÓNYUGE O ACOMPAÑANTE

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO

NÚM. SIP / Nº SIP

## PLACES SOL·LICITADES / PLAZAS SOLICITADAS

NOMBRE DE PLACES:  
NÚMERO DE PLAZAS: \_\_\_\_\_☐SOLS PER LA PERSONA SOL·LICITANT  
SÓLO PARA LA PERSONA SOLICITANTE☐CÒNJUGE  
CÓNYUGE☐ALTRE  
OTRO (2)AUTO INTERNAMENT  
AUTO INTERNAMIENTO☐

SÍ

☐

NO

## B DADES RELATIVES A L'ESTADA SOL·LICITADA / DATOS RELATIVOS A LA ESTANCIA SOLICITADA

☐PLAÇA BONO-RESIDÈNCIA  
PLAZA BONO-RESIDENCIAC DADES DEL ☐ REPRESENTANT LEGAL ☐ GUARDADOR DE FET ☐ PERSONA DE CONTACTE  
DATOS DEL ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ GUARDADOR DE HECHO ☐ PERSONA DE CONTACTO

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO

RELACIÓ DE PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT  
RELACIÓN DE PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON AMB PREFIX  
TELÉFONO CON PREFIJO

## D DOMICILI A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

NOM DE LA RESIDÈNCIA / NOMBRE DE LA RESIDENCIA

LOCALITAT / LOCALIDAD

DATA INGRÉS / FECHA INGRESO

## E DOMICILI A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

☐PERSONA SOL·LICITANT  
PERSONA SOLICITANTE☐PERSONA DE CONTACTE  
PERSONA DE CONTACTO☐RESIDÈNCIA  
RESIDENCIA

**F DECLARACIÓ JURADA I AUTORITZACIONS / DECLARACIÓN JURADA Y AUTORIZACIONES**

Declaro no rebre ajuda o subvenció per a aquesta finalitat per part d'altres organismes, que són certes totes les dades que es declaren en este expedient, i és conscient que la falsedat d'aquestes pot ser motiu suficient per a la cancel·lació de l'expedient, de l'ajuda econòmica o per l'expulsió del centre en el cas d'haver admés/esa. Així mateix declaro el meu compromís de pagar la quantitat establida en concepte de l'aportació mensual que li pertoque.

Declaro no estar sotmés en cap prohibició per a obtindre la condició de beneficiari, assenyalades en l'art. 13 de la Llei 38/2003, de 17 de novembre, General de Subvencions (BOE núm. 276, de 18/11/03) i del compliment de obligacions de reintegrament de subvencions que, si és el cas, se li hagueren exigint.

La/es persona/es a dalt signatària/es, conforme al que es disposa en l'article 6 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, AUTORIZA/EN expressament a la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives perquè puga accedir a les dades personals obrants en els fitxers de les Administracions Tributàries i de la Seguretat Social, als únics efectes de verificar el compliment dels requisits i condicions necessaris per a persones majors, sent el beneficiari, o possible beneficiari, la persona que figura en l'apartat A de el present Annex.

La present autorització s'atorga a l'efecte del reconeixement, seguiment i control dels requisits econòmics i determinació de les aportacions personals que corresponguen, i en el cas d'informació de naturalesa tributària, en aplicació del que es disposa en l'article 95.1.k de la Llei 58/2003, de 17 de desembre, General Tributària, per la qual es permet precia autorització de l'interessat, la cessió de les dades tributàries que precisen les Administracions Públiques per al desenvolupament de les seues funcions.

*Declaro no recibir ayuda o subvención para esta finalidad por parte de otros organismos, ser ciertos cuantos datos se declaran en este expediente y ser consciente de que la falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación del expediente, ayuda económica o expulsión del centro en el supuesto de haber sido admitido. Asimismo declaro su compromiso de abonar la cantidad establecida en concepto de la aportación mensual que le corresponda.*

*Declaro no estar incurso en prohibición alguna para obtener la condición de beneficiario, señaladas en el art. 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones (BOE nº 276, de 18/11/03) y del cumplimiento de obligaciones de reintegro de subvenciones que, en su caso, se le hubiesen exigido.*

*La/s persona/s arriba firmante/s, conforme a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, AUTORIZA/N expresamente a la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas para que pueda acceder a los datos personales obrantes en los ficheros de las Administraciones Tributarias y de la Seguridad Social, a los únicos efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones necesarios para personas mayores, siendo el beneficiario, o posible beneficiario, la persona que figura en el apartado A del presente Anexo.*

*La presente autorización se otorga a los efectos del reconocimiento, seguimiento y control de los requisitos económicos y determinación de las aportaciones personales que correspondan, y en el caso de información de naturaleza tributaria, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 95.1.k de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, por la que se permite precia autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant (4) / La persona solicitante (4)

Cònjuge i/o acompanyant (6) / Cónyuge y/o acompañante (6)

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(1) Emplenar per l'Administració. / A cumplimentar por la Administración.

(2) Es marcarà amb una creu (x) la casella "ALTRE", quan la persona sol·licitant desitge ingressar acompanyada d'una persona que convisca amb ella i que no siga el cònjuge. / Se consignará una cruz (x) en la casilla "OTRO", cuando la persona solicitante desee ingresar acompañada de una persona conviviente con ella que no sea el cónyuge.

(3) Marqueu amb una creu (x) segons la modalitat elegida i consigneu la clau dels centres elegits per ordre de preferència.

*Marcar una cruz (x) según la modalidad elegida y consignar la clave de los centros elegidos por orden de preferencia.*

(4) La presentació de la sol·licitud per part del beneficiari comportarà l'autorització a l'òrgan gestor per a demanar la certificació a emetre per la A.E.A.T. i pel I.N.S.S. (Art. 23 Llei 38/2003, de 17 de novembre, General de Subvencions). La presentació de la sol·licitud per part del beneficiari conllevarà la autorització al òrgan gestor per a recabar la certificació a emetre per la A.E.A.T. i per el I.N.S.S. (Art. 23 Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones).

(5) En el cas d'incapacitats, caldrà que estiga signat pel representant legal.

*En el caso de incapaces, deberá ir firmado por el representante legal.*

(6) En el cas de sol·licitants dobles, tots dos hauran de signar la sol·licitud. Si en un matrimoni només ingressa un dels dos, l'altre haurà de signar l'imprés de "Conformitat amb el cònjuge". / En el caso de solicitantes dobles, deberán firmar ambos la solicitud. Si en un matrimonio solo ingresa uno de los dos, el otro deberá firmar el impreso de "Conformidad del cónyuge".

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE