

**A DADES DE LA PERSONA TITULAR DE L'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA  
DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA**
**DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	E-MAIL
EXP. NÚMERO			

**DADES A L'EFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	E-MAIL

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL  
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	E-MAIL

**C DADES DE LA/LES NOVA/ES PERSONA/ES CUIDADORA/ES PROPOSTA/ES  
DATOS DE LA/LAS NUEVA/S PERSONA/S CUIDADORA/S PROPUESTA/S**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN

Mitjançant la signatura del present document, la persona titular de l'expedient de dependència **AUTORITZA** expressament l'Administració a sol·licitar i obtindre de forma telemàtica les dades d'identitat i de residència d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació per cures en l'entorn familiar i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment des seus requisits.

*Mediante la firma del presente documento, la persona titular del expediente de dependencia **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y de residencia de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación por cuidados en el entorno familiar y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.*

**NO** AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.  
 **NO** *AUTORIZA* el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

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

La persona sol·licitant  
La persona solicitante

La persona representant legal  
La persona representante legal

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

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

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

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

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA", creat per gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de Protección de Datos de Carácter Personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

**A DADES DE LA PERSONA TITULAR DE L'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA  
DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA**
**DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	E-MAIL
EXP. NÚMERO			

**DADES A L'EFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	E-MAIL

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL  
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	E-MAIL

**C DADES DE LA/LES NOVA/ES PERSONA/ES CUIDADORA/ES PROPOSTA/ES  
DATOS DE LA/LAS NUEVA/S PERSONA/S CUIDADORA/S PROPUESTA/S**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN

Mitjançant la signatura del present document, la persona titular de l'expedient de dependència **AUTORITZA** expressament l'Administració a sol·licitar i obtindre de forma telemàtica les dades d'identitat i de residència d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació per cures en l'entorn familiar i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment des seus requisits.

*Mediante la firma del presente documento, la persona titular del expediente de dependencia **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y de residencia de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación por cuidados en el entorno familiar y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.*

**NO** AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.  
 **NO** *AUTORIZA* el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

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

La persona sol·licitant  
La persona solicitante

La persona representant legal  
La persona representante legal

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

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

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

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

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA", creat per gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de Protección de Datos de Carácter Personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

**D INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD  
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD**

**A. DADES DE LA PERSONA TITULAR DE L'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA**

1.- Dades personals.

2.- Dades a l'efecte de notificacions. En aquest apartat es consignaran les dades on vosté vol rebre les notificacions i possibles requeriments.

**B. REPRESENTANT LEGAL**

Quan la persona titular de l'expedient de dependència tinga representant legal, serà aquesta persona qui haurà de signar la sol·licitud.

**C. DADES DE LA/LES NOVA/ES PERSONA/ES CUIDADORA/ES PROPOSTA/ES**

En aquest apartat hauran de constar les dades de la nova persona cuidadora no professional proposta.

En cas que la persona dependent compte amb dos persones cuidadores no professionals, hauran de constar les dades de els/les dos persones cuidadores.

**Aquesta sol·licitud s'ha de presentar ÚNICAMENT quan la persona dependent tinga una Resolució PIA de Prestació Econòmica per a Cures en l'Entorn Familiar i Suport a Cuidadors no Professionals i desitge sol·licitar un canvi de persona cuidadora. Ha d'anar SEMPRE acompanyada del Compromís de Permanència i Formació de la/les nova/es persona/es cuidadora/es no professional/s que es proposa/en.**

**A. DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA**

1.- Datos personales.

2.- Datos a efectos de notificación. En este apartado se consignarán los datos donde usted quiere recibir las notificaciones o posibles requerimientos

**B. REPRESENTANTE LEGAL**

Cuando la persona titular del expediente de dependencia tenga representante legal, será esta persona quien deberá firmar la solicitud.

**C. DATOS DE LA/LAS NUEVA/S PERSONA/S CUIDADORA/S PROPUESTA/S**

En este apartado deberán constar los datos de la nueva persona cuidadora no profesional propuesta.

En caso de que la persona dependiente cuente con dos personas cuidadoras no profesionales, deberán constar los datos de las dos personas cuidadoras.

**Esta solicitud se ha de presentar ÚNICAMENTE cuando la persona dependiente tenga una Resolución PIA de Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores no Profesionales y desee solicitar un cambio de persona cuidadora. Debe ir SIEMPRE acompañada del Compromiso de Permanencia y Formación de la/s nueva/s persona/s cuidadora/s no profesional/es que se propone.**