

A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DENACIMIENTO	SEXE / SEXO	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	DNI - NIE
DADES DE LA PERSONA DEPENDENT / DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE			
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
		DNI - NIE	

B DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES
PERSONA DEPENDENT / REPRESENTANT LEGAL

- Que durant el període comprès entre la data _____ i la data de concessió del servei o PVS/SAD vaig estar rebent cures no professionals adequades per part de la/les persona/es que consta/en com a cuidadora/es en aquest document.

PERSONA CUIDADORA (EN EL CAS QUE HAGEN EXISTIT VÀRIES PERSONES CUIDADORES S'HAN DE FER CONSTAR LES SEUES DADES, PERÍODE D'ACOMPLIMENT I SIGNATURA EN EL QUADRE ANNEXE).

- Que durant el període comprès entre _____ a el _____ vaig estar prestant cuidats no professionals per a la seua atenció i complia amb els requisits exigits en aquell moment per la normativa de dependència per al desenvolupament d'aquest treball.

DEPENDIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

- Que durante el período comprendido entre la fecha _____ y la fecha de concesión del servicio o PVS/SAD estuve recibiendo cuidados no profesionales adecuados por parte de la persona/s que consta/n como cuidadora/s en este documento.

PERSONA CUIDADORA (EN EL CASO DE QUE HAYAN EXISTIDO VARIAS PERSONAS CUIDADORAS SE DEBEN HACER CONSTAR SUS DATOS, PERIODO DE DESEMPEÑO Y FIRMA EN EL CUADRO ANEXO).

- Que durante el período comprendido entre _____ al _____ estuve prestando cuidados no profesionales para su atención y cumplía con los requisitos exigidos en ese momento por la normativa de dependencia para el desempeño de ese trabajo.

COGNOMS I NOM APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	PERÍODE DE PRESTACIÓ DE CURES PERIODO DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS	SIGNATURA FIRMA

_____, ____ d _____ de _____

Signatura de la persona dependent i de la/es persona/es cuidadora/es
Firma de la persona dependiente y de la/s persona/s cuidadora/s

Signatura
Firma _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

La persona dependent i la cuidadora AUTORITZEN expressament a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat, de residència i econòmiques d'altres Administracions Públiques exclusivament a l'efecte del reconeixement de la prestació per cures en l'entorn familiar i amb la finalitat de que es procedisca a verificar el compliment dels seus requisits.

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).

La persona dependiente y la cuidadora AUTORIZAN expresamente a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia y económicos de otras Administraciones Públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación por cuidados en el entorno familiar y con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.

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).

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

A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DENACIMIENTO	SEXE / SEXO	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	DNI - NIE
DADES DE LA PERSONA DEPENDENT / DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE			
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
		DNI - NIE	

B DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES
PERSONA DEPENDENT / REPRESENTANT LEGAL

- Que durant el període comprès entre la data _____ i la data de concessió del servei o PVS/SAD vaig estar rebent cures no professionals adequades per part de la/les persona/es que consta/en com a cuidadora/es en aquest document.

PERSONA CUIDADORA (EN EL CAS QUE HAGEN EXISTIT VÀRIES PERSONES CUIDADORES S'HAN DE FER CONSTAR LES SEUES DADES, PERÍODE D'ACOMPLIMENT I SIGNATURA EN EL QUADRE ANNEXE).

- Que durant el període comprès entre _____ a el _____ vaig estar prestant cuidats no professionals per a la seua atenció i complia amb els requisits exigits en aquell moment per la normativa de dependència per al desenvolupament d'aquest treball.

DEPENDIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

- Que durante el período comprendido entre la fecha _____ y la fecha de concesión del servicio o PVS/SAD estuve recibiendo cuidados no profesionales adecuados por parte de la persona/s que consta/n como cuidadora/s en este documento.

PERSONA CUIDADORA (EN EL CASO DE QUE HAYAN EXISTIDO VARIAS PERSONAS CUIDADORAS SE DEBEN HACER CONSTAR SUS DATOS, PERIODO DE DESEMPEÑO Y FIRMA EN EL CUADRO ANEXO).

- Que durante el período comprendido entre _____ al _____ estuve prestando cuidados no profesionales para su atención y cumplía con los requisitos exigidos en ese momento por la normativa de dependencia para el desempeño de ese trabajo.

COGNOMS I NOM APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	PERÍODE DE PRESTACIÓ DE CURES PERIODO DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS	SIGNATURA FIRMA

_____, ____ d _____ de _____

Signatura de la persona dependent i de la/es persona/es cuidadora/es
Firma de la persona dependiente y de la/s persona/s cuidadora/s

Signatura
Firma _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

La persona dependent i la cuidadora AUTORITZEN expressament a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat, de residència i econòmiques d'altres Administracions Públiques exclusivament a l'efecte del reconeixement de la prestació per cures en l'entorn familiar i amb la finalitat de que es procedisca a verificar el compliment dels seus requisits.

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).

La persona dependiente y la cuidadora AUTORIZAN expresamente a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia y económicos de otras Administraciones Públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación por cuidados en el entorno familiar y con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.

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).

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