

MENDEBASUNA DUTENENTZAKO EGOITZETAN ALDI BATERAKO EGONALDIAK EGITEKO ARAUBIDEA
RÉGIMEN DE ACCESO A ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS DEPENDIENTES

ERANSKINA / ANEXO I

SARRERA ESKABIDEA / SOLICITUD DE ALTA

Egoitzan **ALDI BATERAKO EGONALDIA** egitera sartzeko eskabidea, Bizkaiko Foru Aldundiaren 2014ko uztailaren 1(e)ko 84/2014 Foru Dekretuari heltzen diona.

Solicitud de acceso a **ESTANCIA TEMPORAL**, acogida al Decreto Foral número 84/2014, de 1 de Julio de 2014, de la Diputación Foral de Bizkaia.

1.- Eskatzailearen datuak / Datos de la persona solicitante:

1. <i>abizena</i> / Apellido 1			2. <i>abizena</i> / Apellido 2		
<i>Izena</i> / Nombre			<i>NAN</i> / D.N.I.		
<i>Jaioteguna</i> / Fecha de nacimiento			<i>Sexua</i> / Sexo		
<i>Probintzia</i> / Provincia			<i>Udalerría</i> / Municipio		
<i>Kalea</i> / Calle			<i>Posta kodea</i> / Código postal		
<i>Blokea/Bloque</i>	<i>Zk./Num</i>	<i>Bis</i>	<i>Eskailera</i> <i>Escalera</i>	<i>Solairua/Piso</i>	<i>Aldea/Mano</i>
<i>Telefonoak</i> / Teléfonos					

2. Eskatzailea kargupean edo zaintzen duen persona/ Persona cuidadora:

1. <i>abizena</i> / Apellido 1			2. <i>abizena</i> / Apellido 2		
<i>Izena</i> / Nombre			<i>NAN</i> / D.N.I.		
<i>Jaioteguna</i> / Fecha de nacimiento			<i>Sexua</i> / Sexo		
<i>Eskatzailearekin duen senidetasuna edo lotura</i> / Vínculo con la persona solicitante:					
<i>Probintzia</i> / Provincia			<i>Udalerría</i> / Municipio		

<i>Kalea / Calle</i>				<i>Posta kodea / Código postal</i>	
<i>Blokea/Bloque</i>	<i>Zk./Num</i>	<i>Bis</i>	<i>Eskailera Escalera</i>	<i>Solairua/Piso</i>	<i>Aldea/Mano</i>
<i>Telefonoak / Teléfonos</i>					

3.- Ordezkoa/Persona de referencia: Legezko ordezkaria/ Representante legal:

1. <i>abizena / Apellido 1</i>			2. <i>abizena / apellido 2</i>		
<i>Izena / Nombre</i>	<i>NAN / D.N.I.</i>		<i>Egoera zibila / Estado Civil</i>	<i>Jaioteguna / F.nacimiento</i>	
<i>Eskatzailearekin duen senidetasuna edo lotura / Vínculo con la persona solicitante</i>					
<i>Probintzia / Provincia</i>			<i>Udalerría / Municipio</i>		
<i>Kalea / Calle</i>			<i>Posta kodea / Código postal</i>		
<i>Blokea/Bloque</i>	<i>Zk./Num</i>	<i>Bis</i>	<i>Eskailera Escalera</i>	<i>Solairua/Piso</i>	<i>Aldea/Mano</i>
<i>Telefonoak / Teléfonos</i>					

4.-Eskatzailearen datuak / Datos de la/s persona/s de la unidad de convivencia:

<i>Izena / Nombre</i>	<i>AbizenaK / Apellidos</i>	<i>Parentesco</i>	<i>NAN / D.N.I.</i>	<i>Jaioteguna/ F.nacimiento</i>

5.- Jakinarazpenetarako egoitza / Domicilio a efectos de Notificaciones:

<i>Probintzia / Provincia</i>			<i>Udalerría / Municipio</i>		
<i>Kalea / Calle</i>			<i>Posta kodea / Código postal</i>		
<i>Blokea/Bloque</i>	<i>Zk./Num</i>	<i>Bis</i>	<i>Eskailera Escalera</i>	<i>Solairua/Piso</i>	<i>Aldea/Mano</i>
<i>Telefonoak / Teléfonos</i>					

6– Beste datu batzuk /Otros datos:

<i>Eskatutako aldia:/Periodo solicitado:</i>	<i>Zenbat egun eskatzen dituen / Número de días:</i>
<i>Zergatik eskatzen duen / Motivo de la solicitud:</i>	
Oporrak/atsedenaldia/Vacaciones/descanso:	Zaintzailearen beste senitarteko batzuen heriotza/Fallecimiento de otros familiares de la persona cuidadora:
Zaintzailearen gaixoa/Enfermedad persona cuidadora:	Bizilekuz aldatzea edo bertan obra handiak egitea/Traslado u obras importantes en el domicilio:
Zaintzaileak beste senitarteko batzuk zaindu behar izatea/Necesidad de la persona cuidadora de atender a otros familiares:	Beste batzuk/Otros:
Zaintzaile nagusiaren heriotza/Fallecimiento de la persona cuidadora principal:	
Joaten al da eguneko zentrora?/¿Acude a Centro de día?	
BAI/SÍ	EZ/NO

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, **LE INFORMAMOS** que los datos recogidos en esta solicitud, así como los que se deriven del procedimiento para la resolución de lo solicitado se integrarán en un fichero informatizado de carácter personal para el tratamiento de dichos datos, cuyo responsable es el Director General para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Diputación Foral de Bizkaia, teniendo usted el derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección: c/ Camino de Ugasko nº 3, 48014 Bilbao.

Datu Pertsonalen Babesari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoan ezarritakoaren arabera, eskabide honetan jasotako datuak, baita eskatutakoa ebazteko prozeduratik ateratzen direnak ere, datu horien tratamendurako izaera pertsonaleko fitxategi informatizatu batean sartuko direla **JAKINARAZTEN DIZUGU**. Fitxategi horren arduraduna Bizkaiko Foru Aldundiko Pertsonen Autonomia Sustatzeko eta Mendetasunari Arreta Eskaintzeko zuzendari nagusia da eta zure datuak lortu, zuzendu, ezeztatu eta aurka egiteko eskubidea izango duzu, komunikazio bat bidaliz honako helbide honetara: Ugasko Bidea, 3, 48014, Bilbo.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para realizar todas las consultas que fueran necesarias en los ficheros del Departamento Foral de Hacienda y Finanzas y en los correspondientes a otras agencias tributarias, así como en el Instituto

Nacional de la Seguridad Social y otras entidades pagadoras de pensiones y otros ingresos. Cada una de las personas integrantes de mi unidad familiar, con la firma de esta solicitud, autorizan a ese Departamento a realizar las citadas consultas relativas a sus datos a los efectos previstos en la normativa reguladora del precio público a abonar por la prestación del servicio.

BAIMENA EMATEN DIOT Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailari behar diren kontsulta guztiak egin ditzan hala Ogasun eta Finantzen Foru Sailaren fitxategietan eta beste zerga agentzia batzuenetan, nola Gizarte Segurantzako Institutu Nazionalean eta bestelako pentsio edo sarreren erakunde ordaintzaileetan. Nire familia-unitatea osatzen duten kide guztiek, eskabide hau sinaturik, baimena ematen diote sail horri, goraxeago aipatu diren datuei buruzko kontsultak egin ditzan, zerbitzuagatik ordaindu beharreko prezio publikoa arautzen duen araudian ezartzen diren ondorioetarako.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para realizar todas las consultas necesarias en la Oficina del Padrón Municipal del Ayuntamiento de residencia, y obtener cuantos datos e informes fueran necesarios en relación a la residencia y domicilio habitual con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los requisitos exigidos para el acceso al servicio residencial para personas dependientes. Cada una de las personas integrantes de mi unidad familiar, con la firma de esta solicitud, autorizan a ese Departamento a realizar las citadas consultas relativas a sus datos a los efectos previstos en la normativa reguladora del precio público a abonar por la prestación del servicio.

BAIMENA EMATEN DIOT Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailari behar diren kontsulta guztiak egin ditzan ni bizi naizen herriko udalaren errolda-bulegoan, bai eta ohiko egoitza eta helbideari buruz behar diren datuak eta txostenak eskuratzeko ere, mendetasuna duten pertsonentzako egoitzen zerbitzuan sartzeko baldintzak betetzen direla bermatzeko. Nire familia-unitatea osatzen duten kide guztiek, eskabide hau sinaturik, baimena ematen diote sail horri, goraxeago aipatu diren datuei buruzko kontsultak egin ditzan, zerbitzuagatik ordaindu beharreko prezio publikoa arautzen duen araudian ezartzen diren ondorioetarako.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para realizar todas las consultas, así como para solicitar y facilitar datos e informes, al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y a otras instituciones, entidades o unidades sanitarias y de intervención social, que fueran necesarias con relación a la situación sanitaria y social de la persona solicitante o usuaria del servicio residencial, con la finalidad de prestar dicho servicio con garantía de acierto técnico-asistencial.

BAIMENA EMATEN DIOT Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailari behar diren kontsultak egiteko, eta, era berean, egoitza-zerbitzuaren eskatzailearen edo erabiltzailearen egoera sanitario

eta sozialari buruz beharrezkoak diren datu eta txosten guztiak eskatzeko edo emateko Osakidetza Euskal Osasun Zerbitzuari eta osasun eta esku-hartze sozialaren arloko erakunde, elkarte edo unitateei, teknikaren eta laguntzaren aldetik zerbitzu hori behar bezala ematen dela bermatzeko.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia y, en su caso, a las entidades encargadas de la prestación del servicio residencial para ceder, en los términos previstos en la legislación de protección de datos de carácter personal, a la/s farmacia/s encargadas de suministrar al centro residencial los medicamentos el número de cuenta corriente para el pago de los mismos en los términos previstos en el Real Decreto Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.

BAIMENA EMATEN DIOT Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailari, eta, hala behar izanez gero, egoitza-zerbitzua eskaintzeaz arduratzen diren erakundeei ere, medikamentuak ordaintzeko kontu korrontearen zenbakia eman diezaieten, datu pertsonalak babesteko legerian ezarritakoaren arabera, egoitza medikamentuz hornitzen duten farmaziei, kontuan hartuz zer dioen 2012ko apirilaren 20ko 16/2012 Errege Lege-dekretuak.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para ceder, en los términos previstos en la legislación de protección de datos de carácter personal, a los centros que presten el servicio público foral de residencias para personas dependientes y a las entidades contratadas para la realización de valoraciones y actuaciones de seguimiento, los datos de tipo social, económico y sanitario que sean necesarios a fin de garantizar la prestación del servicio residencial en condiciones de garantía técnico-asistencial y garantizar el mantenimiento de las condiciones de prestación del servicio de acuerdo con los requisitos de acceso y las obligaciones asumidas por la persona usuaria.

BAIMENA EMATEN DIOT Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailari, datu pertsonalak babesteko legerian ezarritakoaren arabera, behar diren datu sanitario, sozial eta ekonomiko guztiak utz diezazkien mendetasuna duten pertsonentzako egoitzen foru zerbitzua ematen duten zentroei eta ebaluazioak eta jarraipen-jarduketak egiteko kontratatutako erakundeei, teknikaren eta laguntzaren aldetik, zerbitzu hori behar bezala ematen dela eta zerbitzua emateko baldintzak zerbitzuaren erabiltzaileak sartzeko onartutako baldintza eta betebeharren arabera mantentzen direla bermatzeko.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para que los datos de carácter personal que se integren en ficheros informatizados puedan ser utilizados con fines de producción de estadísticas e investigación científica y para las funciones propias del

Departamento de Acción Social en los términos previstos por la legislación de protección de datos de carácter personal.

BAIMENA EMATEN DIOT Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailari, fitxategi informatizatuetan sartzen diren datu pertsonalak, halako datuak babesteko legerian ezarritakoaren arabera, estatistikak egiteko eta zientzia-ikerketarako nahiz Gizarte Ekintza Sailaren beraren zereginetarako erabil ditzan.

AUTORIZO a los centros que presten el servicio público foral de residencias a ceder al Servicio de Inspección y control del Departamento de Acción Social los datos de tipo social, económico y sanitario que sean necesarios para el cumplimiento de las funciones de inspección y evaluación de las entidades, servicios y centros de servicios sociales que éste tiene atribuidos.

BAIMENA EMATEN DIET egoitzen foru zerbitzu publikoa ematen duten zentroei datu sozialak, ekonomikoak eta sanitarioak emateko Gizarte Ekintza Saileko Ikuskapen eta Kontrol Zerbitzuari, zerbitzu horrek esleitura dituen gizarte zerbitzuen arloko erakunde, zerbitzu eta zentroen ikuskapen eta ebaluazio eginkizunak betetzeko beharrezkoak direnean.

AUTORIZO a la persona que aparece identificada en esta solicitud como persona de referencia para realizar, en mi nombre, todas las gestiones que sean necesarias referentes a la tramitación de mi solicitud de ingreso en residencia, incluyendo el desistimiento de la misma y la asignación de plaza o su rechazo en los términos previstos en la normativa foral reguladora de este servicio social residencial, aportar cuantos datos y documentos se soliciten o se interesen, recibir todo tipo de comunicaciones, presentar escritos y alegaciones, suscribir diligencias y otros documentos que pueda extender el órgano competente y, en general, realizar cuantas actuaciones pudieran corresponderme en el curso de dicho procedimiento, incluidas interposición de recursos y solicitud de traslados.

BAIMENA EMATEN DIOT eskabide honetan erreferentziatzeko pertsona gisa identifikaturik agertzen den pertsonari, beharrezko zuzemen guztiak egin ditzan, nire izenean, egoitza batean sartzeko egin dudan eskabidearekin lotuta, barne harturik atzera egitea eta plazaren esleipena edo ukoa (egoitzen zerbitzu soziala arautzen duen foru arautegian ezartzen diren baldintzen arabera), eskatzen den beste datu eta dokumentu aurkeztea, era guztietako komunikazioak jasotzea, idazkiak eta alegazioak aurkeztea, organo eskudunak eman litzakeen diligentziak eta bestelako dokumentuak sinatzea, eta, oro har, prozedura horretan zehar niri egokitu dakizkidakeen jardura guztiak egitea, errekursoak jartzea eta lekualdaketak eskatzea barne.

(Hori guztia Datu Pertsonalen Babesari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoan xedatutakoaren arabera.)

(Todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.)

(lekua)	(urtea)	(hilabetea)
	,201	.(e)ko
<i>Eskatzailearen sinadura /</i> Firma de la persona solicitante <i>Sinatu ezin badu, horren zergatia</i> Causa por la que no puede firmar	Legezko ordezkariaren sinadura Firma del representante legal Izen-abizenak eta NAN Nombre, apellidos y DNI	Erreferentziazko pertsonaren sinadura Firma de la persona de referencia Izena-abizenak eta NAN Nombre, apellidos y DNI
Bizikidetza-unitateko kideen sinadura Sinadura honek, aldi berean, esan nahi du baimena ematen zaiola, eskabide honetan jasotzen diren kontsultak egin ditzan Firma de miembros de la unidad de convivencia Esta firma supone, asimismo, la autorización a realizar las consultas recogidas en esta solicitud		
Izena-abizenak eta NAN Nombre, apellidos y DNI	Izena-abizenak eta NAN Nombre, apellidos y DNI	Izena-abizenak eta NAN Nombre, apellidos y DNI



II eranskina /Anexo II
ESKABIDEAREKIN BATERA AURKEZTU BEHARREKO AGIRIAK
DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO CON LA SOLICITUD

a. NANaren fotokopia edo, halakorik ezean, eskatzailearen nortasuna egiaztatzen duen edozein agirirena, eta, hala dagokionean, legezko ordezkariaren edo izatezko zaintza duen pertsonaren agiriaren kopia. b. Bizikidetza-unitateko kide guztien NANaren fotokopia edo, halakorik ezean, haien identitatea egiaztatzen duen beste edozein agirirena. c. Eskatzaileak desgaitasuna badu, haren izenean eskaera aurkeztzen duen pertsonak esleitura duen legezko ordezkariaren egiaztagiria. d. Medikuaen txostena, IV. eranskinetako ereduaren arabera egina. e. Erroldatze-kolektiboaren egiaztagiria edo bolantea, non jasota baitago administrazio-egoitza Bizkaiko Lurralde Historikoan dutela eskabidea aurkezteko orduan. f. Gizarte Segurantzako Institutu Nazionalak edo bestelako pentsio edo sarreraren erakunde ordaintzaileak egindako ziurtagiria. Bertan, eskatzaileak jasotzen dituen pentsio edo sarreraren urteko zenbatekoa eta, halakorik jasoz gero, aparteko soldaten kopurua agertu behar dira. Eta, hala badagokio, bizikidetza-unitateko kideek jasotzen dituztenak ere agertu beharko dira. g. Bizikidetza-unitatearen osaera ziurtatzen	a. Fotocopia del D.N.I., o, en su defecto, de cualquier otro documento acreditativo de la personalidad de la persona solicitante y, en su caso, del representante legal o persona que ejerza la guarda de hecho. b. Fotocopia del D.N.I., o, en su defecto, de cualquier otro documento acreditativo de la personalidad de cada miembro de la unidad de convivencia. c. En caso de incapacidad, la documentación acreditativa de la representación legal que tenga atribuida la persona que presente la solicitud en nombre de la persona incapaz. d. Informe médico conforme al modelo del Anexo IV. e. Certificado o volante de empadronamiento colectivo en el que conste la vecindad administrativa en el Territorio Histórico de Bizkaia en el momento de la presentación de la solicitud. f. Certificado de pensión del Instituto Nacional de la Seguridad Social y/o entidad pagadora de otra/s pensión/es e ingresos, referido al importe anual de los mismos, así como al número de pagas extraordinarias, en su caso de la persona solicitante y, en su caso, de los/las miembros de la unidad de convivencia. g. Documentos acreditativos, en su caso,
--	--



duten agiriak, 18-28 urte bitarteko seme-alabak langabezian edo ikasten daudela frogatzen duten agiriak, desgaitasun-gradua frogatzen dutenak, eta abar. h. Aldi baterako egonaldia eskatzea eragiten duen pertsonaren zaintzaileen egoerari buruzko egiaztagiria (osasun egoera, lanekoa...). i. Egoitzen foru sareko zentro batean aldi baterako egonaldi bategatik ordaindu beharreko prezio publikoaren ordainketa bankuan helbideratzerako agiria, prezio publikoa arautzen duen arautegia kontuan hartuta.	de la composición de la unidad de convivencia, certificados de estar en paro o estudiando los hijos/as entre 18 y 28 años, inclusive, certificados de grado de discapacidad, etc. h. Documentos acreditativos de la situación (sanitaria, laboral,..) de las personas cuidadoras de la persona solicitante que motive la solicitud de estancia temporal. i. Documento para la domiciliación bancaria del abono del precio público por estancia temporal en un centro de la red foral de residencias conforme a la normativa foral específica que lo regule.
---	--