**SOLICITUD DE SERVICIO TELEFONICO DE EMERGENCIA**

(Lea las instrucciones antes de cumplimentar este impreso)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. SERVICIO QUE SOLICITA** | **ÁREA** | **REQUIERE EL SERVICIO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Unidad Principal * Unidad Supletoria | * Personas Mayores * Personas con discapacidad * Personas con Enfermedad   mental   * Personas con Dependencia | * Castellano * Euskera * Indistinto |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRAMITADO DESDE:** | * Unidad de Barrio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | * Servicios sociales de base:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | * Centros de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**II. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (PRINCIPAL).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer apellido** | | | | **Segundo apellido** | | | | | | | | **Nombre** | | | | |
| **D.N.I.** | **Estado civil** | | **Fecha de nacimiento** | | | | | | | | | | **Sexo** | | | |
| **Día** | | | **Mes** | | | | **Año** | | | **Hombre**  **Mujer** | | | |
| **Domicilio (calle, plaza)** | | **Nº** | | | **Bloque** | | | **Esc** | **Piso** | | **Letra** | | **Tél. Fijo** | | **Tél Móvil** | |
| **Localidad** | | | | | | | **Provincia** | | | | | | | **Código Postal** | |

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (SUPLETORIO)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer apellido** | | | | **Segundo apellido** | | | | | | | | **Nombre** | | | | |
| **D.N.I.** | **Estado civil** | | **Fecha de nacimiento** | | | | | | | | | | **Sexo** | | | |
| **Día** | | | **Mes** | | | | **Año** | | | **Hombre**  **Mujer** | | | |
| **Domicilio (calle, plaza)** | | **Nº** | | | **Bloque** | | | **Esc** | **Piso** | | **Letra** | | **Tél. Fijo** | | **Tél Móvil** | |
| **Localidad** | | | | | | | **Provincia** | | | | | | | **Código Postal** | |

**III. DATOS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***APELLIDOS Y NOMBRE*** | ***D.N.I*** | ***F.NACIMIENTO*** | ***PARENTESCO*** | ***GRADO DEPENDENCIA*** | ***BENEFICIARIO De TELEASISTENCIA*** |
|  |  |  |  |  | 􀀀 SI 􀀀 NO |
|  |  |  |  |  | 􀀀 SI 􀀀 NO |
|  |  |  |  |  | 􀀀 SI 􀀀 NO |
|  |  |  |  |  | 􀀀 SI 􀀀 NO |

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD**

1. Los apartados referidos a los datos de identificación de la persona solicitante y firma de la declaración, serán cumplimentados por la persona solicitante. *(hojas 1 y 2).*
2. La información sanitaria será cumplimentada íntegramente por el personal sanitario que le corresponda *(hojas 4 y 5).*
3. El/la Trabajador/a Social del Servicio Social de Base o Centro de Salud deberá cumplimentar la infor­mación social y localización de llaves, debido a su importancia para la correcta prestación del servicio. *(hojas 3,6 y7).*
4. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

□Fotocopia del DNI de las personas solicitantes.

□Certificado de empadronamiento o volante de empadronamiento de las personas solicitantes.

□Certificado de minusvalía, en su caso, de los miembros de la unidad de convivencia.

□Solicitud de abono por transferencia o fotocopia de la libreta de ahorros donde figure el titular y el número de cuenta en los casos de personas no dependientes

□Justificante de la pensión: únicamente cuando proceda de un régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social

Asimismo, me comprometo a cumplir con las siguientes **OBLIGACIONES**:

• Facilitar correctamente los datos necesarios para la concesión y prestación del servicio de teleasistencia, así como responsabilizarme de su veracidad.

• Comunicar al Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra cualquier variación en mis circunstancias personales, económico-patrimoniales y del núcleo convivencial que pudiera afectar a las condiciones de prestación del servicio.

• Facilitar el acceso a mi domicilio al personal de los recursos comunitarios que acudan a él ante una situación de emergencia.

• Facilitar al personal del Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra o, en su caso, al personal de la entidad adjudicataria del desarrollo del servicio de teleasistencia de Gobierno de Navarra, la entrada en mi domicilio, previo aviso de la visita, con la finalidad de proceder a la instalación, mantenimiento y retirada de los equipos, así como a la realización de actuaciones de seguimiento y comprobación de la situación sociosanitaria de riesgo que determina la prestación del servicio.

• No manipular ni alterar en modo alguno la instalación y programación del equipo de teleasistencia, así como mantenerlo en buenas condiciones de uso y utilizarlo de acuerdo con las instrucciones de uso recibidas.

• Abonar el correspondiente precio público, en su caso, por las prestaciones del servicio de teleasistencia recibidas de conformidad con la normativa foral que lo regula.

• Finalmente, entregar las llaves de mi domicilio a la persona o entidad que señale expresamente en la presente solicitud con la finalidad de facilitar la entrada en caso de emergencia.

**AUTORIZO:**

* Al Departamento competente en materia de servicios sociales del Gobierno de Navarra la verificación y consulta de ficheros públicos que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes para comprobar la concurrencia de los requisitos y circunstancias exigidos, incluyendo expresamente los datos sobre mi nivel de renta y el de los miembros de mi unidad familiar que dispone la Hacienda Foral de Navarra.
* Al Departamento competente en materia de servicios sociales del Gobierno de Navarra a comunicar datos contenidos en esta solicitud, a los solos fines históricos, estadísticos o científicos, a aquellas entidades de iniciativa social que desarrollen su actividad en el ámbito de la Comunidad Foral en colaboración técnica y/o económica con el citado Departamento, en las condiciones y con los límites establecidos en la normativa de protección de datos de carácter personal.

|  |
| --- |
| Firma del solicitante o representante |
| En…………………………….……….., a ………..de………………………de 20…………… |

|  |
| --- |
| **Cláusula LOPD**  *La información que se recaba en el presente documento es necesaria para tramitar la ayuda solicitada. No se realizará con los datos recogidos en esta solicitud ningún tratamiento o cesión que no esté amparada legalmente. En cumplimiento del artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales y del artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta a la protección de datos personales, le informamos de la existencia de los ficheros Prestaciones y Servicios Sociales y Sistemas de Información de Usuarios de Servicios Sociales cuya finalidad es gestionar las ayudas y servicios demandadas al Departamento competente en materia de servicios sociales del Gobierno de Navarra, siendo esta entidad su organismo responsable yante la cual podrá ejercer los de- rechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los que la ley le faculta, remitiéndose para ello a la siguiente dirección, calle González Tablas, número 7. 31005. Pamplona.* |