|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE ACCESO A SERVICIOS QUE NO PRECISAN**  **ELABORACIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA)**  DECRETO FORAL 30/2019, de 20 de marzo, por el que se modifica elDECRETO FORAL 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales  Orden Foral 197/2018, de 15 de junio para Valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales |

**1. SERVICIOS SÓLO PARA PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS**

|  |
| --- |
| 1.1 Su grado de **DISCAPACIDAD** (antigua minusvalía) reconocido es del    **% /** NO VALORADA |
| 1.2 **Indique qué servicio desea**  (Se indican requisitos de acceso) SOLAMENTE MARCAR **1 SERVICIO**  **PISO TUTELADO /FUNCIONAL** (Intensidad alta de apoyos)  **PISO SUPERVISADO** (intensidad apoyos moderada)  **VIVIENDA CON APOYO.**  **RESIDENCIA HOGAR**  **RESIDENCIA ASISTIDA PARA ENFERMOS MENTALES (RAEM)** |

**2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA BENEFICIARIA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer apellido: | | | Segundo apellido: | | | | | Nombre: | | |
| Nº DNI /NIE /Pasaporte: | | Sexo  Hombre /  Mujer | | | | Estado Civil:  Soltero/a /  Casado/a **/**  Viudo/a  Separado/a /  Divorciado/a /  Otros | | | | |
| Domicilio actual: | | | | | | | | | | Localidad: |
| Cod. Postal | Provincia | | | Teléfono – 1 | | | Teléfono 2 (Móvil) | | Correo electrónico | |
| Fecha nacimiento | Lugar de nacimiento: | | | | | | Provincia: | | Nacionalidad de origen | |
| ¿Tiene la condición de emigrante español retornado?  Sí /  No | | | | | Nacionalidad | | | | | |

**3. DATOS DEL REPRESENTANTE (si procede) y/o DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer apellido: | | | Segundo apellido: | | | Nombre: | | | |
| Nº DNI /NIE /Pasaporte: | | Fecha de nacimiento: | | | Parentesco con el beneficiario | | Rep. Legal / Rep. voluntario  Guardador de hecho | | |
| Domicilio (Calle / Plaza): | | | | | | | | Localidad: | |
| Provincia: | Cod. Postal: | | | Correo electrónico: | | | Teléfono – 1 | | Teléfono – 2: |

**DOCUMENTACIÓN que debe adjuntar a la solicitud:**

Si ya es beneficiario de algún servicio, debe tener en cuenta que no es necesario aportar documentación que ya se encuentre en poder de la Administración actuante (art. 28 L. 39/2015)

**Datos unidad familiar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Relación familiar** | **DOS APELLIDOS Y NOMBRE** | **(Si procede) Fecha fallecimiento** |
| Cónyuge/ relación análoga |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Adjuntar Fotocopia de **TODOS los DNI** / NIE de la unidad familiar. En el caso de menores sin DNI/NIE, adjuntar Libro de familia. Fotocopia de los **PASAPORTES** en el caso de que la nacionalidad de origen sea diferente a la actual.

***En caso de que haya cumplimentado el apartado 3. Datos del Representante:***

Fotocopia del DNI / NIE / NIF / CIF representante legal o voluntario o guardador de hecho.

Si se trata de un representante legal **SENTENCIA JUDICIAL DE INCAPACIDAD** con nombramiento de representante legal. Si ha iniciado el trámite de incapacitación, justificante del inicio del proceso.

Declaración del Guardador de Hecho o Representante Voluntario (Si procede).

**CERTIFICADO** grado de Discapacidad o de Dependencia (Sólo si se ha valorado **FUERA** de Navarra).

**Informe de idoneidad** para el recurso solicitado emitido por el Centro de Salud Mental correspondiente, que incluya:

**INFORME MÉDICO** actual en el que conste: Diagnóstico, tratamiento, historia médica, así como cualquier dato relevante relativo a conductas, lesiones y/o problemas de movilidad o sensoriales.

**INFORME SOCIAL** actual en el que conste: Composición familiar e historia social, situación laboral de la persona solicitante y de sus familiares, situación económica (ingresos, procedencia y cuantía), nivel de funcionamiento (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, habilidades sociales y ocio y tiempo libre), situación vivienda (barreras internas y externas), relaciones familiares y nivel de apoyatura (cobertura sanitaria).

• La documentación económica necesaria para la comprobación de los datos aportados, en caso de considerarlo necesario, le será requerida con posterioridad.

En el caso de que la persona esté ingresada en un servicio, **CERTIFICADO CON FECHA DE INGRESO**, coste de la plaza y solicitud de abono por trasferencia (SAT) a nombre de la persona beneficiaria.

Certificado o certificados que **ACREDITEN RESIDENCIA efectiva y continuada** en Navarra durante el año anterior a la solicitud.

* **DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud.

- Que AUTORIZO expresamente a la Agencia Navarra para la Autonomía y desarrollo de las personas a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes para acreditar los datos declarados y a trasladar la información necesaria a los centros y servicios a los que se desea tener acceso.

- Que AUTORIZO expresamente a la Agencia Navarra para la Autonomía y desarrollo de las personas a recabar datos de los ficheros de las Entidades financieras con las que exista un Convenio de Colaboración en vigor, para calcular la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.

- Que AUTORIZO a la Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas a la cesión de los datos aportados con la solitud a entidades privadas para gestionar el acceso a recursos asistenciales de las mismas características al solicitado.

- Que para el mismo objeto, autorizo expresamente a las citadas Entidades Financieras a ceder datos a la Agencia Navarra para la Autonomía y desarrollo de las personas. En caso de que el beneficiario o su representante no desee hacer esta autorización y prefiera aportar Certificación única de cada una de las entidades bancarias, que acredite patrimonio mobiliario, señálelo aquí

- Que quedo enterado de la obligación de comunicar a la Agencia Navarra para la Autonomía y desarrollo de las personas cualquier variación que pueda producirse en lo sucesivo.

|  |
| --- |
| En      ., a    de        de 20 |
| **Firmado:** |

En cumplimiento del artículo 5 del Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos de la existencia del fichero de Prestaciones y Servicios Sociales cuya finalidad es gestionar las ayudas y servicios demandados a la Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas. La información que se recaba en el presente documento es necesaria con el fin de valorar su situación de dependencia y no será utilizada con ningún otro fin. No se realizará con los datos recogidos en esta solicitud ninguna cesión que no esté amparada legalmente. Así mismo, le informamos que el Responsable del Fichero es la Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas, ante el cual podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los que la ley le faculta, remitiéndose para ello a la siguiente dirección: González Tablas 7, CP 31005 Pamplona. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título IX de la Ley Orgánica 3/2018).

SR/SRA. DIRECTOR/A GERENTE DE LA **AGENCIA NAVARRA PARA LA AUTONOMÍA Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS.**