

Solicitud para la valoración, revisión o traslado de la valoración de
dependencia (de acuerdo con el Decreto Foral 153/2016, de 11 de octubre 2016, de la Diputación
Foral de Bizkaia)

Hasierako balorazioa /Valoración inicial Berrikuspena /Revisión Lekualdatzea /Traslado
(Aukera dagokizuna/ Marcar la opción correspondiente)

1. Eskatzailearen datuak / Datos de la persona solicitante

1.deitura /Apellido 1		2.deitura /Apellido 2		
Izena /Nombre		NAN /D.N.I.		
Jaioteguna / Fecha de nacimiento		Sexua / Sexo	Egoera zibila / Estado civil	
Telefonoa /Teléfono	Telefono mugikorra /Teléfono móvil	Email		
Baduzu gizarte segurantzarik? / ¿Dispone de Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Bai / Sí <input type="checkbox"/> Ez / No				
Afilizazio zk. / N.º afiliación	<input type="checkbox"/> Titularra /Titular <input type="checkbox"/> Onuraduna / Beneficiario/a	OTI Zenbakia / Nº TIS		
Aitortua duzu baliaezintasun handiko ezintasunik? / ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? <input type="checkbox"/> Bai / Sí <input type="checkbox"/> Ez / No				
Ez-ohizkoa den gaziotasunik al daukazu? / ¿Presenta alguna patología catalogada como enfermedad poco frecuente? Horrela bada, mesedez esan zein den/ En caso afirmativo, indique cuál: <input type="checkbox"/> Bai / Sí <input type="checkbox"/> Ez / No				
Nahiago duzun hizkuntza komunikatzeko / Idioma preferente para la comunicación <input type="checkbox"/> Euskara <input type="checkbox"/> Castellano				
Helbidea / Dirección		Zk./N.º	Solairua / Piso	Atea/ Puerta
Udalerría / Municipio		PK/C.P.	Probintzia / Provincia	
Jakinarazpenetarako bizilekua / Domicilio a efectos de notificaciones (Bete bakarrik ohizko bizilekutik aparte beste bizileku batera jakinaraztea nahi baduzu / Sólo si desea que se le notifique en un domicilio diferente al domicilio habitual)				
Helbidea / Dirección		Zk./N.º	Solairua / Piso	Atea/ Puerta
Udalerría / Municipio		PK/C.P.	Probintzia / Provincia	

2. Ordezkaritzaren bidez jardunez gero betetzeko datuak / Datos a rellenar en caso de actuar mediante representación

<input type="checkbox"/> Legezko ordezkaría / Representante legal	<input type="checkbox"/> Borondatezko ordezkaría / Representante voluntario/a		
<input type="checkbox"/> Izatezko zaintzailea / Persona guardadora de hecho			
1.deitura /Apellido 1		2.deitura /Apellido 2	
Izena /Nombre		NAN /D.N.I.	Jaioteguna / Fecha de nacimiento
Telefonoa /Teléfono	Telefono mugikorra /Teléfono móvil	Email	
Eskatzailearekin daukazu harremana / Vínculo con la persona solicitante			

3. Bizkaiara lekuz aldatzearen kasuan betetzeko datuak / Datos a rellenar en caso de traslado a Bizkaia

Eskatu al duzu lehenago inoren laguntza-beharrá izatea aitortzerik? ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?	Bai / Sí <input type="checkbox"/> Ez / No <input type="checkbox"/>
Aurrekoa baiezkóa bada, adierazi autonomia erkidegoa: Si la respuesta ha sido afirmativa, indique la Comunidad Autónoma:	
Aitortua duzu desgaitasun-gradurik? ¿Tiene reconocido grado de discapacidad?	Bai / Sí <input type="checkbox"/> Ez / No <input type="checkbox"/>

Solicitud para la valoración, revisión o traslado de la valoración de dependencia (de acuerdo con el Decreto Foral 153/2016, de 11 de octubre 2016, de la Diputación Foral de Bizkaia)

Datu Pertsonalak Babesteko 1999ko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoak eta hura garatzen duen araudiak ezarritakoa betetzeko, **jakinarazten dizugu** zure datuak honako fitxategi hauetan sartuko direla:

- Autonomia Pertsonala Sustatzeko Zuzendaritza Nagusiaren ardurapeko fitxategietan, mendekotasun-egoeran daudenei laguntza emateko zerbitzu eta prestazioetarako sarbidea emateko.
- BFA03301 Karpeta Soziala izeneko fitxategian, zeinaren arduraduna Administrazioarako eta Gizarte Sustapenerako Zuzendaritza Nagusia baita, osoki kudea dezan aldundi honen gizarte-zerbitzuen prestazioa.

Datuak eskuratzeko, zuzentzeko, ezerezteko eta aurka egiteko eskubidea baliatu ahal izango duzu. Horretarako, idazki bat igorri behar duzu Bilboko Ugaskobidea 3 bis helbidean dagoen erregistroen arloan zerbitzua emateko bulegora, zure NANaren edo haren pareko beste identifikazio-agiriaren baten kopia erantsita.

Era berean, **jakinarazten dizugu** zure datuak erakunde jakin batzuei jakinarazi ahal izango zaizkiela; hain zuzen ere, ematen dituen zerbitzuen kudeaketan laguntzeko sailak kontratatzen dituen edo harekin hitzarmena egiten dutenei.

BAIMENA EMATEN DIOT Gizarte Ekintza Sailari **beharrezko datuak eska ditzan**, baina bakarrik mendekotasunari laguntzeko zerbitzu eta prestazioak jasotzeari buruzko araudian ezartzen diren baldintzak eta eginbeharrak betetzen ote diren egiazta dezan. Honako hauei eska diezazkieke datuok:

- Bizkaiko Foru Aldundiko Ogasun eta Finantza Saila eta beste zerga administrazio batzuk.
- Gizarte Segurantzako Institutu Nazionala eta pentsioak eta beste sarrera batzuk ordaintzen dizkioten beste erakunde batzuk.
- Finantza- eta aurrezki-entitateak.
- Osakidetza eta osasun arloko zein esku-hartze sozialeko beste erakunde, entitate eta unitate batzuk, beste administrazio publiko batzuen mendekoak edo haiei atxikiak.
- Eskatzailea bizi den udalerriko Udal Erroldaren Bulegoa eta Erregistro Zibila.

BAIMENA EMATEN DIOT Gizarte Ekintza Sailari Bizkaiko udalei **laga** diezazkien gizarte-zerbitzuen arloan bere eskumenekoak diren zerbitzuak eta prestazioak kudeatzeko behar diren datuak.

BAIMENA EMATEN DIOT Gizarte Ekintza Sailari nik jaso nitzakeen arretaz-zerbitzuak hobeto emateko behar diren datuak **laga** diezazkien Osakidetza eta osasun arloko zein esku-hartze sozialeko beste erakunde, entitate eta unitate batzuei, beste administrazio publiko batzuen mendekoak edo haiei atxikiak daudelarik.

BAIMENA EMATEN DIOT Gizarte Ekintza Sailari, egoitza batean sartuz gero, kontu korronteko zenbakia **laga** diezaien farmaziei, zentroan emaniko produktu farmazeutikoak ordaintzeko, 2012ko apirilaren 20ko 16/2012 Errege Dekretuan ezarritako moduan.

Nire erantzukizunpean adierazten dut:

Eskabide honetan jarritako datuak egiazkoak direla.

Jakitun nagoela aurrerantzean gerta daitekeen nire diru edo ondarean, bizikidetasun egoeran, bizilekuan aldaketen berri eta bereziki ospitale edo osasun zentruetan satzearen berri Gizarte Ekintza Sailari eman beharraz.

Hartu ditzakedan prestakuntza eta zerbitzuen jarraipen eta kontrolarako erreztasunak ematearen konpromesua onartzen dut

n, 20 (e)ko k

Eskatzailearen sinadura / Firma de la persona solicitante

Sinatu ezin badu, horren zergatia / Causa por la que no puede firmar

Con objeto de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y su normativa de desarrollo, **le informamos** que sus datos serán incorporados:

- a los ficheros responsabilidad de la Dirección General de Promoción de Autonomía Personal con la finalidad de dar acceso a los servicios y prestaciones de atención a la dependencia.
- al fichero BFA03301 Carpeta Social cuyo responsable es la Dirección General de Administración y Promoción Social, para gestionar de manera integral la prestación de servicios sociales de esta diputación.

Ud. podrá ejercer sus **derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición** dirigiendo una comunicación por escrito a la Oficina de asistencia en materia de registros sita en Ugaskobidea 3 BIS de Bilbao, en la que se incluya una copia de su DNI u otro documento identificativo equivalente.

Asimismo, **le informamos** que sus datos podrán ser comunicados a las entidades contratadas o conveniadas por el Departamento para colaborar en la gestión de los servicios prestados por el mismo.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social a **solicitar los datos necesarios** solo a los efectos de comprobar el cumplimiento de los requisitos y obligaciones exigidos por la normativa para el acceso a los servicios y prestaciones de la dependencia a:

- El Departamento Foral de Hacienda y Finanzas y otras agencias tributarias.
- El Instituto Nacional de la Seguridad Social y otras entidades pagadoras de pensiones u otros ingresos.
- Las entidades financieras y de ahorro.
- El Servicio Vasco de Salud - Osakidetza y otras instituciones, entidades o unidades sanitarias y de intervención social dependientes o adscritas a otras Administraciones Públicas.
- La Oficina del Padrón Municipal del Ayuntamiento de residencia y al Registro Civil.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social a **ceder** a los Ayuntamientos de Bizkaia los datos necesarios para la gestión de los servicios y prestaciones de su competencia en materia de servicios sociales.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social a **ceder** al Servicio Vasco de Salud - Osakidetza y otras instituciones, entidades o unidades sanitarias y de intervención social dependientes o adscritas a otras Administraciones Públicas los datos necesarios para la mejor prestación de los servicios de atención a los que pudiera tener acceso.

AUTORIZO, en el caso de ingreso en un centro residencial, al Departamento de Acción Social a **ceder** a la/s farmacia/s el número de cuenta corriente para el pago de los productos farmacéuticos suministrados al centro, en los términos previstos en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.

Con la firma de la presente solicitud:

Declaro que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

Asumo la obligación de comunicar al Departamento de Acción Social cualquier variación que pudiera producirse en mi situación económico-patrimonial, de convivencia, de domicilio y, en especial, el ingreso en centros hospitalarios o asistenciales.

Asumo el compromiso de facilitar el seguimiento y control de las prestaciones y servicios que en su caso se me pudieran conceder.

En , a de 20

Legezko edo borondatezko ordezkariaren, edo izatezko zaintzailearen sinadura
Firma de la persona representante legal, voluntaria o guardadora de hecho

Solicitud para la valoración, revisión o traslado de la valoración de dependencia (de acuerdo con el Decreto Foral 153/2016, de 11 de octubre 2016, de la Diputación Foral de Bizkaia)

Eskabide-orriari erantsi behar zaizkion agirien zerrenda:

- a. Eskatzailearen NANaren edo haren nortasuna egiaztatzeko beste agiri baten fotokopia.
- b. Ordezkaritza baten bitartez jardunez gero, legezko ordezkariak, borondatezko ordezkariak edo egitatezko zaintza egiten duenaren NANaren fotokopia edo haren nortasuna egiaztatzeko beste agiri batena.
- c. 18 urtetik beherako adingabeen kasuan, Familia Liburuaren edo ahaidetasun-harremana egiaztatzeko beste agiriren baten fotokopia.
- d. Ezgaitze judiziala gertatzen den kasuetan, legezko ordezkariak egiaztatzen duten agirien kopia.
- e. Ordezkaritza boluntarioaren bidez jardunez gero, hura emateko ereduak, ordezkariak ematen duenak eta ordezkariak sinatua.
- f. Egitatezko zaintzaile baten bitartez jardunez gero, egitatezko zaintzaren zinpeko deklarazioa, zaintzaile legez diharduenak sinatua.
- g. Osasun-txostena (IV. Eranskinaren arabera) edo Osakidetza Mendekotasunaren Ebaluazio Txostena.
- h. Eskatzailearen errolda-agiria. Geroago beste izapide batzuk bizkorrago egin ahal izateko, agiri hori kolektiboa izan dadila gomendatzen da.
- i. Hala badagokio, legezko egoitza egiaztatzen duen dokumentazioa edo kasuan-kasuko benetako egoitza-aldia egiaztatzeko duen erroldatze-ziurtagiria.
- j. Banku-helbideratzearen fitxa. Eskatzaileak izan behar du kontuaren titularra.
- k. Osasun-txartel indibidualaren fotokopia

Relación de documentos que han de adjuntarse a la solicitud:

- a. Fotocopia del D.N.I. u otro documento acreditativo de la identidad de la persona solicitante.
- b. En caso de actuar mediante representación, fotocopia del D.N.I. u otro documento acreditativo de la identidad de la persona que ostente la representación legal, la representación voluntaria o la guarda de hecho.
- c. En caso de menores de 18 años, fotocopia del Libro de Familia u otro documento acreditativo de la relación de parentesco.
- d. En caso de incapacitación judicial, fotocopia de la documentación que acredite la representación legal.
- e. En caso de actuar mediante representación voluntaria, modelo de otorgamiento de representación voluntaria firmado por la persona otorgante y la persona representante.
- f. En caso de actuar mediante persona guardadora de hecho, modelo de declaración jurada de guarda de hecho firmado por quien ejerza la misma.
- g. Informe de Salud conforme al Anexo IV o Informe de Valoración de la Dependencia (IVD) de Osakidetza.
- h. Certificado de empadronamiento de la persona solicitante. En aras de agilizar posteriores trámites, se recomienda que dicho certificado sea colectivo.
- i. En su caso, documentación acreditativa de la residencia legal o certificado de empadronamiento que acredite el periodo de residencia efectiva correspondiente.
- j. Ficha de domiciliación bancaria. La persona solicitante debe ser la titular de la cuenta.
- k. Fotocopia de la Tarjeta Individual Sanitaria