

I - JUNTAS GENERALES DE ÁLAVA Y ADMINISTRACIÓN FORAL DEL TERRITORIO HISTÓRICO DE ÁLAVA

Diputación Foral de Álava

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Corrección de error en el anuncio 4162/2014, relativo al Decreto Foral 39/2014, del Consejo de Diputados de 1 de agosto, que regula las prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Álava: prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, prestación económica de asistencia personal y prestación económica vinculada al servicio

No habiéndose publicado los anexos del anuncio 4162/2014, del BOTHA 98, de fecha 1 de setiembre de 2014, relativos al Decreto Foral 39/2014, del Consejo de Diputados de 1 de agosto, que regula las prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Álava: prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, prestación económica de asistencia personal y prestación económica vinculada al servicio, se procede a su publicación:

Vitoria-Gasteiz, a 3 de setiembre de 2014

Diputada de Servicios Sociales
MARTA ALAÑA ALONSO

ANEXO I
Formularios comunes a todas las prestaciones económicas



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Datos complementarios para el acceso a servicios y prestaciones económicas del SAAD</p> <p style="font-size: 24pt; font-weight: bold;">004</p>  <p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datos de la persona solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil		
<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad	Provincia /T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

EXPONE que considera reunir los requisitos exigidos para solicitar:

Que su cónyuge o pareja de hecho es:

DNI/NIF • NIE • Otro

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

En caso de viudedad, fecha de fallecimiento de cónyuge o pareja de hecho:

DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR**Rendimientos de trabajo y Rendimientos de actividades**

Descripción	Importe Anual	Perceptor/a
	€	
	€	
	€	

Pensiones, Subsidios y Prestaciones

Descripción	Importe Anual	Perceptor/a
Pensión Viudedad	€	
Pensión Jubilación	€	
PNC/FBS/LISMI	€	
Otras (Especificar)	€	

DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR

Valores Mobiliarios

Descripción	Posee	Importe/Saldo	Rendimiento	Titular
Libretas de Ahorro / Ctas. Corrientes		€	€	
Bonos, Deuda Pública, Letras...		€	€	
Fondos de Inversión...		€	€	
Acciones/obligaciones...		€	€	
Otros (especificar)		€	€	

Valores Inmobiliarios (vivienda habitual, casas, fincas urbanas o rústicas, usufructos...)

Tipo	Descripción	V. Catastral	Rendimiento	Titular
		€	€	
		€	€	
		€	€	

Declaro no poseer ningún otro valor inmobiliario en la C.A. de Euskadi ni en otras Comunidades Autónomas de España.

Transmisiones, Donaciones

Descripción	Fecha	Valor	Destinatario/a
		€	
		€	
		€	

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
 Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
 Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.

▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA	Datos de la persona representante o de la persona de referencia	008
 Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social		
▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/		A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL

Nombre, apellidos y DNI/NIF • NIE • Otro de la persona dependiente

1. Datos de la persona Representante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escalera	Piso	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia /T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación con la persona interesada		
Representante legal	<input type="checkbox"/>	Guardador/a de hecho
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2. Datos de la persona de Referencia (A cumplimentar sólo si no se ha designado Representante legal o Guardador/a de hecho en el apartado 1 de este anexo)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escalera	Piso	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio a efectos de notificaciones: Propio <input type="checkbox"/> Persona representante <input type="checkbox"/> Persona de Referencia <input type="checkbox"/>		

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona Representante legal	Firma de la persona de Referencia	Firma del Guardador/a de hecho
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aviso legal LOPD: El instituto Foral de Bienestar Social le informa de que los datos personales que Vd. aporta mediante el presente formulario, formarán parte de los correspondientes ficheros de Ayudas, Programas y Servicios y Centros, para la gestión de dichas ayudas, programas, servicios y centros propios de las áreas funcionales correspondientes del IFBS (Intervención Social, Personas con Discapacidad, Personas Mayores o Menor y Familia), para los que Vd. actúa en calidad de persona Representante legal, Guardadora de hecho o persona de Referencia en interés de la persona Beneficiaria del servicio o recurso económico o asistencial solicitado. Estos ficheros constan inscritos en el Registro de la AVPD y cuentan con las debidas medidas de seguridad.

El IFBS le informa asimismo de la posibilidad de comunicar sus datos personales a otras Administraciones Públicas, instituciones y organismos para la ejecución de competencias similares a las que ostenta el IFBS y que sean legalmente procedentes, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona interesada. Asimismo serán objeto de comunicación, aquellos datos personales que se deban transmitir a terceros en aquellos supuestos habilitados legalmente.

Para cualquier duda o comentario personal relativos al ejercicio de derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede dirigirse a las oficinas de atención al público del Instituto Foral de Bienestar Social, calle General Álava, 10, 5ª planta, Vitoria-Gasteiz, donde deberá presentar copia de su DNI.

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakunde Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<h2>Declaración jurada de guarda de hecho</h2>	009
		<p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>

Primer apellido Segundo apellido Nombre

Domicilio (Calle / Plaza) N° Bloque Escalera Piso Puerta

C.P. Municipio Localidad Provincia /T.H. DNI/NIF • NIE • Otro

a los efectos de poder representar ante el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava a favor de:
Nombre y apellidos DNI/NIF • NIE • Otro

en su calidad de (relación con la persona titular)

DECLARA, bajo su responsabilidad:

1º Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se exponen

2º Que la persona tiene los siguientes familiares

Apellidos y nombre	Fecha de nacimiento	DNI	Parentesco	Dirección

3º Que se compromete, en caso de que prospere la solicitud que tiene formulada a favor de la persona interesada, a destinar las prestaciones que le pudieran reconocer a ésta a la atención y cuidado de la misma.

4º Que pondrá en conocimiento de la Dirección Gerencia del Instituto Foral de Bienestar Social de forma inmediata cualquier cambio que, en relación con la custodia de la persona, pueda acaecer en el futuro.

En

a de de 20

Firma del Guardador/a de hecho

Aviso legal LOPD

El Instituto Foral de Bienestar Social le informa que los datos personales que Vd. aporta mediante el presente formulario, formarán parte de los correspondientes ficheros de Ayudas, Programas y Servicios y Centros, para la gestión de dichas ayudas, programas, servicios y centros propios de las áreas funcionales correspondientes del IFBS (Intervención Social, Personas con Discapacidad, Personas Mayores o Menor y Familia), para los que Vd. actúa en calidad de persona Guardadora de hecho en interés de la persona representada, Beneficiaria del servicio o recurso económico o asistencial solicitado. Estos ficheros constan inscritos en el Registro de la AVPD y cuentan con las debidas medidas de seguridad.

El IFBS le informa asimismo de la posibilidad de comunicar sus datos personales a otras Administraciones Públicas, instituciones y organismos para la ejecución de competencias similares a las que ostenta el IFBS y que sean legalmente procedentes, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona interesada. Asimismo serán objeto de comunicación, aquellos datos personales que se deban transmitir a terceros en aquellos supuestos habilitados legalmente.

Para cualquier duda o comentario personal relativos al ejercicio de derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede dirigirse a las oficinas de atención al público del Instituto Foral de Bienestar Social, calle General Álava, 10, 5ª planta, Vitoria-Gasteiz, donde deberá presentar copia de su DNI.

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<h1>Formulario de consentimiento</h1> <h2>010</h2>  <p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D. / Dña. _____

DNI/NIF • NIE • Otro _____ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/a y en consecuencia consiento en:

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Aviso Legal LOPD
Le recordamos que los datos contenidos en este formulario se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).

▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA



Gizarte Ongizaterako
Foru Erakundea
Instituto Foral
De Bienestar Social

▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA
www.alava.net/ifbs/

Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social

012

para recabar, utilizar y/o transmitir datos de carácter personal



- La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n al Instituto Foral de Bienestar Social a utilizar datos aportados por la propia persona solicitante y a recabar y utilizar datos de carácter personal procedentes de ficheros existentes en otras Administraciones Públicas para la tramitación del reconocimiento de la situación de dependencia y/o la calificación de discapacidad y/o el reconocimiento de la existencia de trastornos del desarrollo o del riesgo de padecerlos, que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona que figura en el apartado A. de la presente autorización.
- La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n al Instituto Foral de Bienestar Social, a recabar y utilizar datos de carácter personal procedentes de ficheros existentes en otras Administraciones Públicas y, en particular para solicitar del Departamento de Hacienda de la Diputación Foral de Álava, la información de naturaleza tributaria que se precise, y que sea legalmente procedente, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona que figura en el apartado A. de la presente autorización.
- Se autoriza al Instituto Foral de Bienestar Social, y a los mismos efectos, a solicitar de cualquier otro Organismo de la Administración de Estado, Autonómica o Local, la información de igual naturaleza que la anterior, que obre en dichas Administraciones. En particular para solicitar a la Tesorería de la Seguridad Social la información relativa a la comprobación del cumplimiento de las obligaciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que correspondan a la persona que ejerza de asistente personal.
- El IFBS le informa asimismo de la posibilidad de comunicar sus datos personales a otras Administraciones Públicas, instituciones y organismos públicos para la ejecución de competencias similares a las que ostenta el IFBS y que sean legalmente procedentes, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona interesada. Asimismo serán objeto de comunicación, aquellos datos personales que se deban transmitir a terceros en aquellos supuestos habilitados legalmente.
- Vd. autoriza a este Instituto Foral –con la firma del presente documento– a tratar e intercambiar con la persona designada como su representante legal o guardadora de hecho, aquella información que sea estrictamente necesaria, incluidos datos de salud e historia clínica, en su caso, para una correcta prestación del recurso social o económico solicitado, previa valoración efectuada por el organismo foral.
- Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros de Ayudas, Programas y Servicios y Centros y residencias, para la gestión de dichas ayudas, programas, servicios y centros propios del área de Personas con Discapacidad, Intervención Social y Personas Mayores, respectivamente, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas que las expresadas; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Estos ficheros constan inscritos en el Registro de la AVPD y cuentan con las debidas medidas de seguridad.
- Para cualquier duda o comentario personal relativos al ejercicio de derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede dirigirse a las oficinas de atención al público de Instituto Foral de Bienestar Social, C/ General Álava, 10, 5ª planta, Vitoria-Gasteiz, donde deberá presentar copia de su DNI.

A. Datos de la persona solicitante/beneficiaria para la tramitación del expediente y/o para el reconocimiento y/o mantenimiento de las prestaciones, ayudas, y servicios sociales que otorga autorización.

Apellidos y nombre

DNI/NIF • NIE • Otro

B. Datos del resto de personas de la unidad familiar de la persona solicitante/beneficiaria para el reconocimiento y/o mantenimiento de las prestaciones, ayudas y servicios sociales que también prestan autorización (sólo mayores de 18 años, o menores que perciban rentas).

DNI/NIF • NIE • Otro	Apellidos y nombre	Vínculo con la persona solicitante o beneficiaria	Firma

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Nota informativa en relación con la Autorización

Las personas que han de prestar la Autorización son, además de la solicitante, las integrantes de su Unidad Familiar, quienes han de coincidir con las que están comprendidas en la Declaración Jurada que se incluye en la solicitud.

La Autorización concedida tendrá validez mientras la persona indicada en el apartado "A" sea beneficiaria de la prestación, ayuda y/o servicios sociales solicitados, pudiendo cada firmante revocar su propia autorización en cualquier instante, mediante escrito dirigido al Instituto Foral de Bienestar Social. En el caso de que a la unidad familiar se incorporen nuevos miembros mayores de 18 años, o alguna de las personas que no prestó autorización cumpla 18 años, o siendo menor de 18 años pase a percibir rentas, es necesario ampliar la Autorización por parte de éstas, a los efectos previstos, comunicando tal circunstancia al Instituto Foral de Bienestar Social.

▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA



Gizarte Ongizaterako
Foru Erakundea
Instituto Foral
De Bienestar Social

▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA
www.alava.net/ifbs/

Solicitud de traslado de expediente
a otro Territorio Histórico
u otra Comunidad Autónoma

016



A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL
INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL

Datos de la persona solicitante

Nombre y apellidos

DNI/NIF • NIE • Otro

Solicito el traslado de mi expediente de

del Territorio Histórico de Álava a

desde el día

por motivos de traslado de domicilio a

Domicilio (Calle / Plaza)

Nº

Bloque

Escalera

Piso

Puerta

C.P.

Municipio

Localidad

T.H. / C.A.

Teléfono de contacto

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.

En

a

de

de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Aviso Legal LOPD

El Instituto Foral de Bienestar Social le informa de que los datos personales que Vd. nos proporciona a través de la presente solicitud, al objeto de solicitar el traslado de su expediente a otro Territorio Histórico u otra Comunidad Autónoma se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<h2>Solicitud de acceso a Nivel de Protección Adicional</h2>	<h1>017</h1>
		<p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>

Datos de la persona solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DNI/NIF • NIE • Otro

SOLICITO

El acceso al Nivel de Protección Adicional provisto por el Instituto Foral de Bienestar Social, por acreditar mi empadronamiento y residencia en el Territorio Histórico de Álava durante tres años consecutivos, al haber cumplido dicho requisito en la fecha siguiente:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

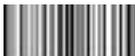
* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.
La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

ANEXO II

Formularios específicos de la Prestación Económica para Cuidados
en el Entorno Familiar y apoyo a Cuidadores No Profesionales



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Datos complementarios específicos relativos a la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales</p> <p style="text-align: right; font-size: 24pt;">018</p> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Datos de la persona solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF • NIE • Otro		
<input type="text"/>		

2. Situación económica a efectos de deducción

2.1. Pensión de Gran Invalidez	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.2. Pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.3. Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.4. Asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo: Ingresos brutos anuales por dicho concepto <input type="text"/>	

3. Datos de la persona cuidadora no profesional

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil		
<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad	Provincia /T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Parentesco o relación con la persona solicitante	Titulación / Formación				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

4. Otros datos

4.1. Es beneficiaria de un Servicio de Ayuda a Domicilio	Sí <input type="checkbox"/> fecha <input type="text"/>	No <input type="checkbox"/>
4.2. Se encuentra en centro residencial o institucional	Sí <input type="checkbox"/> fecha <input type="text"/>	No <input type="checkbox"/>
4.3. Es usuaria de Centro de Día, Centro Rural de Atención Diurna o Centro Ocupacional	Sí <input type="checkbox"/> fecha <input type="text"/>	No <input type="checkbox"/>

4.4. Perciben en su domicilio alguna otra prestación económica derivada de la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia Sí fecha No

4.5. ¿Convive la persona solicitante con la persona cuidadora no profesional? Sí desde la fecha No

4.6. ¿Se encuentran empadronadas en el mismo domicilio? Sí desde la fecha No

5. Declaración jurada

Me comprometo a mantener residencia efectiva en el Territorio Histórico de Álava al menos 8 meses al año.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
 Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
 Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.
 Así mismo, autoriza al Instituto Foral de Bienestar Social, Organismo Autónomo adscrito al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava para realizar las intervenciones técnicas necesarias en domicilio, a fin de comprobar el cumplimiento de requisitos y realizar el seguimiento preciso de la idoneidad de esta prestación.
 La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Compromiso de atención a la persona dependiente</p> <p style="text-align: right;">019</p>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REUNIDOS

De una parte, D. / Dña. _____

DNI/NIF • NIE • Otro _____ en calidad de persona cuidadora de D. / Dña. _____

_____ persona dependiente solicitante de una Prestación Económica para
Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales

De otra parte, D. / Dña. _____

en calidad de técnico/a representante del Instituto Foral de Bienestar Social o del Servicio Social de Base de
_____ (Álava)

MANIFIESTAN

Que la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales tiene como finalidad facilitar la atención de personas dependientes, por parte de sus familiares directos o de otras personas, en su propio domicilio, y que está destinada a contribuir a los gastos derivados de la atención prestada por la persona cuidadora no profesional.

Que la persona beneficiaria de la prestación y la persona cuidadora declaran que conocen y aceptan los requisitos y obligaciones que figuran en el Decreto Foral por el que se regula la prestación económica para cuidados en el entorno familiar en el Territorio Histórico de Álava, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

Que, por todo ello, deciden libremente suscribir el presente **Compromiso de atención a la persona dependiente:**

Compromisos de carácter general

1. La persona cuidadora se compromete a prestar a la persona dependiente una atención y cuidados adecuados a su situación de dependencia.
2. La persona cuidadora se compromete a facilitar unas condiciones de convivencia y de habitabilidad de la vivienda adecuadas para el desarrollo de los cuidados necesarios.
3. La persona cuidadora se compromete a comunicar en el plazo máximo quince días desde la fecha en que se produzca, cualquier variación en la situación de la persona dependiente, de la situación tenida en cuenta para el reconocimiento de la dependencia y cuantas puedan tener incidencia en la conservación o en la cuantía de esta prestación.
4. A facilitar a la Administración la realización de las comprobaciones necesarias en el domicilio en que tenga lugar la prestación del servicio, para verificar el cumplimiento de lo establecido en la norma reguladora de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
5. Y cualquier otra que le atribuya la normativa reguladora de las prestaciones económicas.

Otros Compromisos Específicos:

En a de de 20

Firma de la persona dependiente

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma de la persona Cuidadora

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del / de la Técnico/a del I.F.B.S. o del S.S. de Base

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Aceptación de nombramiento de persona cuidadora principal por el resto de familiares</p> <p style="text-align: right;">020</p>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Cumplimentar para determinar la persona cuidadora principal en caso de que la persona dependiente tenga varias personas cuidadoras).

1. Datos de la persona dependiente

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF • NIE • Otro		
<input type="text"/>		

2. Datos de la persona cuidadora principal

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF • NIE • Otro		
<input type="text"/>		

3. Datos de las personas que otorgan el consentimiento al nombramiento de persona cuidadora principal

Apellidos y nombre	DNI	Parentesco	Firma

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona dependiente

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.
Así mismo, autoriza al Instituto Foral de Bienestar Social, Organismo Autónomo adscrito al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava para realizar las intervenciones técnicas necesarias en domicilio, a fin de comprobar el cumplimiento de requisitos y realizar el seguimiento preciso de la idoneidad de esta prestación.

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="text-align: center;">  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<div style="text-align: right; font-size: 24px; font-weight: bold;">021</div> <h2 style="text-align: center;">Comunicación de cambio de Persona Cuidadora no profesional</h2> <hr style="border: 2px solid black;"/> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Datos de la persona beneficiaria

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
-----------------	------------------	--------

DNI/NIF • NIE • Otro

Motivos por los que solicita el cambio de Persona Cuidadora

2. Datos de la nueva Persona Cuidadora no profesional

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
-----------------	------------------	--------

Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil
	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		

Domicilio (Calle/ Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
--------------------------	----	--------	----------	------	--------

C.P.	Municipio	Localidad	Provincia / T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro
------	-----------	-----------	------------------	----------------------

Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
---------------	----------------	--------

Parentesco o relación con la persona solicitante	Titulación / Formación
--------------------------------------------------	------------------------

Comunico el cambio de persona cuidadora y **solicito** mantener la prestación económica de la que soy beneficiario/a

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.

ANEXO III
Formularios específicos de la Prestación Económica
de Asistencia Personal



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Datos complementarios específicos relativos a la solicitud de la Prestación Económica de Asistencia Personal 022</p>  <p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Datos de la persona solicitante

Primer apellido Segundo apellido Nombre

DNI/NIF • NIE • Otro

2. Actividades para las que se solicita contar con una persona cuidadora profesional (objeto del contrato):

Actividad educativa (especificar) Actividad laboral (especificar) Otras actividades (especificar)

3. Situación económica a efectos de deducción

- 3.1. Pensión de Gran Invalidez Sí No
- 3.2. Pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona Sí No
- 3.3. Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI Sí No
- 3.4. Asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona Sí No

En caso afirmativo: Ingresos brutos anuales por dicho concepto

4. Datos de la persona asistente personal

Indicar si es Persona física o Empresa Nombre de la empresa y CIF

Primer apellido Segundo apellido Nombre

Fecha de Nacimiento (día, mes y año) Sexo H M Nacionalidad DNI/NIF • NIE • Otro

Nivel formativo (especificar tipo) N° Seguridad Social del de/la asistente personal

5. Modalidad de contrato (marcar lo que proceda)

- Contrato laboral con una entidad privada
- Contrato laboral con la persona titular de la prestación económica
- Contrato de prestación de servicios con la persona titular de la prestación económica

6. Tipo de contrato:

A tiempo completo	A tiempo parcial	Nº horas semana	Fecha de inicio contrato	Salario mensual (euros)	Nº de pagas año:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. COMPROMISOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:

- Declaro tener capacidad para determinar los servicios que requiero, ejercer su control e impartir personalmente instrucciones al o a la asistente personal acerca de cómo llevarlos a cabo, o actuar, a estos efectos, a través de Representante legal o Guardador/a de hecho.
- Declaro estar desarrollando actividades dentro del ámbito educativo y/o laboral, para las que requiero apoyo y/o que requiero apoyo para desarrollar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.
- Me comprometo a destinar la prestación económica a la contratación de un o de una asistente personal que reúna los requisitos previstos en esta normativa.
- Acredito que la persona contratada reúne las condiciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que correspondan.
- Me responsabilizo a no contratar como asistente personal a ningún familiar hasta tercer grado de parentesco.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.

Así mismo, autoriza al Instituto Foral de Bienestar Social, Organismo Autónomo adscrito al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava para realizar las intervenciones técnicas necesarias en domicilio, a fin de comprobar el cumplimiento de requisitos y realizar el seguimiento preciso de la idoneidad de esta prestación.

La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Comunicación de cambio o de sustitución temporal de Asistente Personal</p> <p style="text-align: right; font-size: 24pt;">023</p>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Datos de la persona beneficiaria

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF • NIE • Otro		
<input type="text"/>		

2. Datos de la persona asistente personal actual

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF • NIE • Otro		
<input type="text"/>		
Fecha baja por fin de contrato		
<input type="text"/>		
Fecha baja por incapacidad temporal		
<input type="text"/>		

3. Datos de la nueva persona asistente personal

Indicar si es Persona física o Empresa	Nombre de la empresa y CIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	DNI/NIF • NIE • Otro
<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nivel formativo (especificar tipo)	Nº Seguridad Social del de/la asistente personal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

- Comunico** el cambio de Asistente Personal y **solicito** mantener la prestación económica de la que soy beneficiario/a
- Comunico** la sustitución de Asistente Personal y **solicito** mantener la prestación económica de la que soy beneficiario/a

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

ANEXO IV
Formularios específicos de la Prestación Económica
Vinculada al Servicio

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Datos complementarios específicos relativos a la solicitud de la Prestación Económica Vinculada al Servicio (Modalidad ordinaria)</p> <p style="text-align: right; font-size: 24pt;">024</p>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Datos de la persona solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DNI/NIF • NIE • Otro			
<input type="text"/>			
Fecha empadronamiento en Álava	Fecha solicitud RSD	Fecha demanda PEVS	Fecha ingreso en Centro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha fin estancia			
<input type="text"/>			

2. Situación económica a efectos de deducción

2.1. Pensión de Gran Invalidez			
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
2.2. Pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona			
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
2.3. Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI			
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
2.4. Asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona			
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo: Ingresos brutos anuales por dicho concepto		<input type="text"/>	

3. Datos del Centro

Nombre del Centro (residencia, vivienda comunitaria, centro de día)

Razón social	Dirección del Centro	Teléfono del Centro	Precio mes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Modalidad de atención: Atención residencial Atención diurna Otro tipo

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

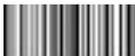
Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.
La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Datos complementarios específicos relativos a la Prestación Económica Vinculada al Servicio (Modalidad de respiro)</p> <p style="text-align: right; font-size: 24pt;">025</p>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Datos de la persona solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DNI/NIF • NIE • Otro	Fecha empadronamiento en Álava	Fecha solicitud RSD	Fecha demanda PEVS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Servicio solicitado

Modalidad de atención:

Atención residencial	<input type="checkbox"/>	Atención diurna	<input type="checkbox"/>	Otro tipo	<input type="checkbox"/>
Nº de noches	<input type="text"/>	Nº de días	<input type="text"/>	Año para el que se solicita	<input type="text"/>

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.
La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Autorización de pago de la PEVS a persona física o jurídica distinta de la persona titular</p> <p style="text-align: right;">026</p>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Persona beneficiaria

Primer apellido Segundo apellido Nombre

DNI/NIF • NIE • Otro

Considero que existen razones justificadas para efectuar directamente el pago de la prestación económica vinculada al servicio prevista en la Ley 39/2006, por mí solicitada, en caso de que me sea concedida, con el propósito de destinarla al pago directo de la factura que se origine en concepto de estancia en el Centro (residencia, vivienda comunitaria, centro de día):

Nombre del Centro

Por consiguiente, **AUTORIZO** a que el abono correspondiente se efectúe a la entidad o persona física que actúa en su representación:

CIF/DNI Con domicilio en

Entidad bancaria Agencia

IBAN (24 dígitos)

En a de de 20

<p>Firma de la persona Representante legal *</p> <p>Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible</p> <input type="text"/>	<p>Firma de la persona solicitante</p> <p>Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible</p> <input type="text"/>	<p>Firma del Guardador/a de hecho *</p> <p>Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible</p> <input type="text"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Causa por la que no puede firmar la persona beneficiaria.....

2. Persona física o jurídica autorizada para la percepción de la PEVS

Me comprometo a comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cuantas bajas o modificaciones se produzcan por fallecimiento, cambio de centro o cualquier otro motivo que afecten a la persona titular de la Prestación Económica Vinculada al Servicio.

Firma de la entidad o persona física que actúa en su representación

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p>Solicitud de autorización para cambio de Servicio o Centro</p> <p style="text-align: right; font-size: 24pt;">027</p>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Datos de la persona beneficiaria

Primer apellido Segundo apellido Nombre

DNI/NIF • NIE • Otro

Solicito autorización para el cambio de Centro o Servicio:

Nombre del Centro o Servicio

Modalidad de atención: Atención residencial Atención diurna

Al Centro o Servicio:

Nombre del Centro o Servicio Fecha de ingreso en el Centro o Servicio de destino

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.