

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

Diputación Foral de Álava

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES**Decreto Foral 8/2018, del Consejo de Gobierno Foral de 20 de febrero. Aprobar la regulación del reconocimiento de la situación de exclusión social en el ámbito del Territorio Histórico de Álava**

La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales establece en su exposición de motivos que el Sistema Vasco de Servicios Sociales constituye una red articulada de atención de responsabilidad pública e integrada por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad pública y de titularidad privada concertada cuya finalidad es favorecer la integración social y la autonomía de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional.

En coherencia con tal definición, la misma ley, en su artículo 7, explicita los principios generales por los que se regirá el Sistema Vasco, señalando, en su apartado primero, que éste es responsabilidad de los poderes públicos y que los mismos deberán garantizar la disponibilidad y acceso a las prestaciones y servicios regulados en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

El artículo 27 de la precitada ley indica que todos los servicios que integran el sistema vasco de servicios sociales deben de actuar de forma coordinada a fin de garantizar la articulación efectiva y cohesión del sistema, disponiendo su párrafo segundo que estos servicios se estructurarán entre los servicios de atención primaria y los de atención secundaria. Los servicios de atención primaria, relacionados en el artículo 22.1, atenderán, entre otras, las necesidades relacionadas con la inclusión social, con particular incidencia en la prevención de las situaciones de riesgo de exclusión social, garantizando la provisión y prestación de los mismos desde los servicios sociales municipales. Los servicios sociales de atención secundaria, relacionados en el artículo 22.2, atenderán entre otras, las necesidades derivadas de las situaciones de exclusión, garantizándose la provisión y prestación de los mismos por los servicios sociales forales y, reconociendo el artículo 41 como competencia propia de los órganos forales, la potestad reglamentaria para la organización de sus propios servicios en materia de servicios sociales.

Finalmente señalar que mediante Decreto 385/2013, de 16 de julio, se aprobó el Instrumento de Valoración de la Exclusión social, el cual, de conformidad con lo señalado por el artículo 20 de la Ley 12/2008 tiene como finalidad garantizar la homogeneidad de criterios de intervención de los servicios sociales al aplicar instrumentos técnicos comunes de valoración y diagnóstico.

Por lo que antecede, esta Diputación Foral de Álava, entiende oportuno regular la valoración de la situación de exclusión social en el ámbito de su territorio y dentro de su propia competencia, ya que el Decreto 385/2013 y el artículo 19 del Decreto 185/2015, reconocen a los servicios forales competencia para valoración especializada de la exclusión. Asimismo, esta regulación se dicta aplicando los principios de buena regulación recogidos en el Decreto Foral 29/2017 de 23 de mayo, que aprueba el procedimiento de elaboración de disposiciones de carácter general, las guías para la elaboración de los informes de impacto normativo y de impacto de género y las directrices de técnica normativa.

Vistos los informes preceptivos.

En su virtud, a propuesta de la Diputada de Servicios Sociales, habiendo sido informado el Consejo de Administración del Instituto Foral de Bienestar Social y previa deliberación del Consejo de Gobierno Foral en sesión celebrada en el día de hoy,

DISPONGO

Primero. Aprobar la normativa de reconocimiento de la situación de exclusión social en el ámbito del Territorio Histórico de Álava recogida en el anexo I.

Segundo. Aprobar los formularios correspondientes del procedimiento de reconocimiento.

DISPOSICIÓN FINAL. Entrada en vigor

El presente decreto foral y sus anexos entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el BOTA.

Vitoria-Gasteiz, 20 de febrero de 2018

Diputado General

RAMIRO GONZÁLEZ VICENTE

Diputada Foral de Servicios Sociales

M. ANTONIA OLABARRIETA IBARRONDO

ANEXO I

Reconocimiento de la situación de exclusión social, en el ámbito del Territorio Histórico de Álava

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto

Es objeto del presente decreto foral la regulación de la valoración de la situación de exclusión social en el ámbito del Territorio Histórico de Álava.

Artículo 2. Personas en situación de exclusión social y su gradación

Para el reconocimiento de la posible existencia de una situación de exclusión social se utilizará el instrumento de Valoración de la Exclusión social aprobado por Decreto 385/2013 de 16 de octubre. En base al mismo, los posibles resultados de su aplicación se clasifican en las siguientes categorías diagnósticas: inclusión social, riesgo de exclusión social y exclusión social.

Las personas se encuentran en situación de exclusión social, cuando sus condiciones de vida y convivencia se están viendo afectadas por múltiples carencias, que persisten en el tiempo y que al acumularse provocan la existencia de una situación de exclusión social, que está directamente relacionada con los recursos personales, relacionales y materiales.

La situación de exclusión social, puede ser medida, en cuanto a su intensidad, en los siguientes grados:

- Leve: situación de desarraigo inicial o leve (personas que disponen de contactos frágiles con sus familiares o redes de apoyo).
- Moderada: fase avanzada de desarraigo (personas que han roto sus lazos sociales básicos).
- Grave: no participa en la sociedad (precariedad o ausencia de relaciones sociales y afectivas).

Artículo 3. Requisitos para tener derecho a la valoración de la situación de exclusión social

1. Tendrán derecho a la valoración de la situación de exclusión social las personas en las que concurran las siguientes circunstancias:

a) Tener 18 años cumplidos en la fecha de la presentación de la solicitud.

b) Haber sido valorado inicialmente por el Servicio Social de Atención Primaria o Secundaria correspondiente, y que por éstos se considere necesaria la realización de una valoración y/o diagnóstico especializado.

c) En cuanto al requisito de empadronamiento y residencia, se distinguen dos supuestos:

c.1. En el caso de las personas con empadronamiento y residencia legal y efectiva en cualquiera de los municipios del Territorio Histórico de Álava, a la fecha de solicitar la valoración:

– Se les exigirá que, a la fecha de la solicitud, estén empadronadas y residan efectivamente en algún municipio del Territorio Histórico de Álava.

– No se les exigirá ningún periodo de empadronamiento previo en el Territorio Histórico de Álava.

c.2. En el caso de las personas que, pese a tener empadronamiento y residencia efectiva en Álava, carezcan de residencia legal en este Territorio Histórico de Álava, a la fecha de solicitar la valoración:

– Se les exigirá tener residencia efectiva y empadronamiento en algún municipio del Territorio Histórico de Álava.

– Se les exigirá un periodo inmediatamente previo de residencia y empadronamiento efectivo de 12 meses en algún municipio del Territorio Histórico de Álava.

d) Presentar indicios de poder encontrarse en situación de exclusión.

2. Excepcionalmente y previo informe favorable de la Comisión Técnica Asesora, podrá valorarse la situación de exclusión social a personas que no reúnan todos los requisitos establecidos en este artículo.

CAPÍTULO II. PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL**Sección 1ª. Inicio del procedimiento.****Artículo 4. Presentación de solicitudes**

1. Las solicitudes deberán ser cumplimentadas en el modelo normalizado al efecto de acuerdo con lo dispuesto en el anexo II del presente decreto foral, bajo número de formulario 005.

2. El procedimiento para el reconocimiento de la situación de exclusión social se iniciará siempre previa solicitud de la persona interesada o, en su caso, de quien ostente su representación legal o voluntaria, y se dirigirá a la Dirección-Gerencia del Instituto Foral de Bienestar Social.

3. Las solicitudes se presentarán en el Servicio Social de Atención Primaria del municipio correspondiente al domicilio de la persona solicitante o, en su caso, en los servicios sociales de atención secundaria. La solicitud de valoración y/o diagnóstico únicamente se podrá presentar ante los servicios sociales de atención secundaria cuando la persona que requiera de dicha valoración y/o diagnóstico esté siendo atendida por alguno de los servicios sociales de atención secundaria.

4. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, las solicitudes también podrán presentarse en la forma prevista en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

5. El inicio del procedimiento requerirá que, bien los Servicios Sociales de atención primaria, bien los propios servicios sociales de atención secundaria, entiendan necesaria una valoración y/o diagnóstico emitido por el Servicio Foral de Valoración y Diagnóstico de la Exclusión.

A tal fin, la o el profesional de referencia remitirá al Servicio Foral de Valoración y Diagnóstico de la Exclusión la solicitud de valoración firmada por la persona cuya situación se haya de valorar y/o diagnosticar.

Artículo 5. Documentación

1. Junto con la solicitud deberá presentarse la siguiente documentación:

a) Documentos de acreditación de la identidad:

– En todo caso, fotocopia del Documento Nacional de Identidad (DNI) o del Número de Identificación de Extranjeros (NIE) de la persona para la que se solicita la valoración de la exclusión o, en su defecto, fotocopia de cualquier otro documento oficial que, de acuerdo con la legislación vigente, acredite la identidad, tanto cuando la persona interesada lo solicite directamente, como cuando lo solicite a través de representante legal o voluntario.

– En su caso, fotocopia del Documento Nacional de Identidad (DNI) o del Número de Identificación de Extranjeros (NIE) de la persona que actúe como representante acompañada de la documentación acreditativa de dicha representación.

En los casos en los que la persona actúe mediante representante legal, esta documentación deberá ir acompañada asimismo del formulario correspondiente a los datos de la persona representante, contenido dentro del anexo II, bajo número formulario 008, debidamente cumplimentado.

En los casos en los que la persona actúe mediante representante voluntario, esta documentación deberá ir acompañada del formulario correspondiente a los datos de la persona representante, contenido dentro del anexo II, bajo modelo número 2 del presente decreto foral.

En caso de que la persona no actúe a través de representante, podrá designar, únicamente a efectos de notificación y comunicación, a una persona de referencia si así lo desea, cumplimentando al efecto el formulario 008 contenido dentro del anexo II.

b) Las personas extranjeras deberán presentar los siguientes documentos:

– En el caso de las personas extranjeras intracomunitarias, el Certificado de Registro de Ciudadanía de la Unión.

– En el caso de las personas extranjeras extracomunitarias, el Permiso de Residencia.

c) Documentación acreditativa de los requisitos de empadronamiento y residencia efectiva. Certificado o certificados actualizados de empadronamiento de la persona solicitante donde se acredite la fecha de alta en el municipio de residencia, así como, en su caso, los periodos de altas y bajas producidos en el Territorio Histórico de Álava, durante el periodo de 12 meses ininterrumpidos e inmediatamente previos a la solicitud.

Para probar el cumplimiento del requisito de empadronamiento, será necesario aportar certificado en el que conste que la persona interesada está empadronada en el momento de la solicitud, así como en su caso, certificado de empadronamiento en el que conste haber estado empadronada en el Territorio Histórico de Álava en algún momento durante el período establecido. En el caso de las personas que hubieran residido en Vitoria-Gasteiz, en Llodio o en Amurrio, el Instituto Foral de Bienestar Social accederá directamente a los respectivos padrones municipales, siempre que tengan la autorización de la persona interesada.

Para probar el cumplimiento del requisito de residencia efectiva se podrán aportar, entre otras posibles pruebas admisibles en derecho los siguientes documentos que, en todo caso, serán referidos a la persona a valorar: copia de la tarjeta sanitaria, copia de citas médicas,

certificados de escolarización, contratos de trabajo o certificados de estar realizándose actividades formativas, documentos acreditativos del pago de impuestos o tasas, contratos de alquiler de vivienda, documentos que acrediten que se está tramitando la autorización de residencia, informes de los servicios sociales que acrediten una relación frecuente con éstos, etc.

Respecto de las personas institucionalizadas en centros penitenciarios la prueba de la residencia efectiva en el Territorio Histórico de Álava se referirá al periodo inmediatamente previo a su entrada en prisión.

d) Declaración de ingresos según modelo incluido dentro del anexo II, bajo número formulario 005 en el presente decreto foral.

e) Informe de salud según modelo incluido dentro del anexo II, bajo número formulario 006 y 034 en el presente decreto foral.

f) Formulario de consentimiento en su caso, según modelo incluido dentro del anexo II, bajo número formulario 010 en el presente decreto foral.

2. Asimismo, junto a la solicitud y a la documentación referida en el párrafo 1 del presente artículo se entregará autorización al Instituto Foral de Bienestar Social para recabar, utilizar y/o transmitir datos de carácter personal necesarios para la tramitación del expediente, debidamente firmada, según modelo incluido dentro del anexo II, bajo número formulario 012 en el presente Decreto Foral, conforme al cual el Instituto Foral de Bienestar Social podrá acceder de oficio a los datos e informaciones que obren en poder de otras administraciones públicas, cuyo conocimiento sea necesario para tramitar el expediente. En caso de que no se preste dicha autorización, el Instituto Foral de Bienestar Social podrá requerir a la persona solicitante que aporte tales datos por sí misma.

3. La ocultación o la falsedad de los datos o informaciones que deban figurar en la solicitud o en los documentos que la acompañen podrán ser consideradas causa suficiente para denegar el reconocimiento de la situación de exclusión social.

Sección 2ª

Artículo 6. Verificación y subsanación de las solicitudes

Recibida la solicitud, el Servicio Social de Atención Primaria o Secundaria correspondiente, según el caso, iniciará la tramitación del expediente verificando si aquella está debidamente cumplimentada.

En el supuesto de que la solicitud se hubiera presentado incompleta o faltara alguno de los documentos señalados en el apartado 1 del artículo anterior, se requerirá a la persona solicitante -de acuerdo con lo establecido en el artículo 68, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas- para que en el plazo de diez (10) días hábiles subsane la falta o faltas y acompañe los documentos preceptivos con apercibimiento de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su solicitud previa resolución dictada en tal sentido.

Artículo 7. Requerimiento informes preceptivos y documentación adicional

1) Cuando la solicitud se haya presentado en los Servicios Sociales de Atención Primaria, estos además deberán remitir al servicio foral de valoración y diagnóstico social especializado, informes y antecedentes médicos, psicológicos y sociales de que se disponga, así como la ficha social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y en particular, el diagnóstico social inicial, junto con el informe que genera, y/o el diagnóstico social en profundidad, regulado por el Decreto 353/2013, de 28 de mayo, con explicación de los valores otorgados a cada uno de los indicadores utilizados.

2) Cuando la solicitud se haya presentado en los servicios sociales de atención secundaria, éstos deberán remitir al servicio foral de valoración y diagnóstico social especializado, informes y antecedentes médicos, psicológicos y sociales de que se disponga, así como informe social con los datos que se señalen desde el servicio de valoración.

Artículo 8. Comunicación de la cita para la valoración de la exclusión

Una vez verificada y, en su caso, subsanada la solicitud, el Instituto Foral de Bienestar Social, comunicará preferentemente por escrito la fecha, hora y lugar en las que el equipo correspondiente realizará la valoración de la exclusión, conforme a lo establecido en el Decreto 353/2013, de 28 de mayo, por el que se aprueba el instrumento de valoración de la Exclusión Social.

En dicha comunicación se indicará expresamente que si la persona no acudiera a la cita, se tendrá por desistida la solicitud y se archivará sin más trámite, previa resolución dictada en ese sentido por el Instituto Foral de Bienestar Social, salvo que, con anterioridad a la fecha fijada, acredite documentalmente su imposibilidad de estar presente en esa fecha y solicite un cambio de cita, o salvo que acredite documentalmente, incluso después de la fecha de la cita, causas de fuerza mayor que se lo hubieran impedido.

Artículo 9. Requerimientos de información

1. En cualquier fase del procedimiento, el Instituto Foral de Bienestar Social, podrá requerir a la persona solicitante para que aporte, en el plazo de 10 días hábiles a contar desde la fecha de recepción de la notificación por la que se le requiera, cuanta información y documentos complementarios, puedan ser necesarios y pertinentes para resolver el expediente.

2. En caso de que, transcurrido el plazo de 10 días hábiles, la persona no aportara la documentación complementaria solicitada, se tendrá por desistida la solicitud y se archivará sin más trámite, previa resolución dictada en ese sentido por el Instituto Foral de Bienestar Social, sin perjuicio de que la persona pueda iniciar un nuevo procedimiento.

Artículo 10. Motivos de denegación

Serán motivos de denegación de la solicitud de valoración de la situación de exclusión social, los siguientes:

- a) El incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en el artículo 3 del presente decreto foral.
- b) No presentar la documentación requerida en la presente normativa reguladora.

Sección 3ª. Valoración de la exclusión.

Artículo 11. El Servicio Foral de Valoración y Diagnóstico Social Especializado

La valoración de la situación de exclusión será realizada por el personal técnico especializado del Servicio Foral de Valoración y de la Exclusión, adscrito a la Subdirección Técnica del Área de Intervención Social, del Instituto Foral de Bienestar Social.

Artículo 12. Realización del diagnóstico y valoración de la posible situación de exclusión social

1. Recibido el expediente en el Instituto Foral de Bienestar Social, se procederá, por parte de los equipos competentes del servicio foral de valoración, a diagnosticar y/o valorar la posible situación de exclusión social de la persona solicitante, utilizando el Instrumento de Valoración de la Exclusión aprobado por Decreto 385/2013, de 16 de julio.

2. Los equipos del servicio foral de valoración podrán efectuar las entrevistas y demás pruebas que consideren necesarias y sean pertinentes para valorar y/o diagnosticar la situación de la persona solicitante; asimismo, podrán recabar de otras administraciones públicas, entidades de tercer sector u otros organismos, los informes que se estimen oportunos a tal fin, previa autorización de la persona solicitante.

En caso de que la persona solicitante no diese su autorización, ella misma deberá presentar la documentación que se le requiera.

3. Si intentada la valoración y/o diagnóstico de la persona solicitante ésta se negara a realizarla y así conste debidamente acreditado en el expediente -a cuyo fin bastará con diligencia suscrita por cualquiera de las personas integrantes del equipo-, se entenderá que desiste de su solicitud y se procederá al archivo de la misma previa resolución dictada en tal sentido; en este supuesto la persona interesada o, en su caso, su representante legal y/o voluntaria, no podrán instar una nueva solicitud de valoración hasta transcurridos seis (6) meses a contar desde el día siguiente al de la notificación de la resolución de aceptación del desistimiento.

4. Una vez realizada la valoración, el servicio foral de valoración emitirá un dictamen técnico en el que se deben detallar todos los aspectos relativos a dicha valoración. Este dictamen técnico se dirigirá a la subdirección técnica del área de la que dependa el citado servicio.

Artículo 13. Particularidades en la realización del diagnóstico y valoración de la posible situación de exclusión social

1. Las personas con enfermedad mental no serán valoradas en tanto se encuentren en situación de inestabilidad clínica.

La situación de estabilidad clínica deberá acreditarse mediante informe de salud mental expedido por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por los servicios de salud concertados por la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) o por la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) para sus personas beneficiarias, según modelo oficial recogido en anexo II del presente decreto foral, sin perjuicio de poder aportar documentación médica, psicológica, pedagógica o de otra naturaleza, de carácter complementario.

2. Podrán ser valoradas las personas privadas de libertad procedentes del Centro Penitenciario de Zaballa (Álava) que acrediten su arraigo en el Territorio Histórico de Álava y que se encuentren en régimen abierto por aplicación de los artículos 86.4 y 104.4 del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, así como personas en situación de libertad condicional; transcurridos un mínimo de tres meses desde su excarcelación y se encuentren empadronadas en el Territorio Histórico de Álava en el momento de la solicitud.

Artículo 14. Trámite de audiencia

Instruido el procedimiento, e inmediatamente antes de redactar la propuesta de resolución, se pondrá el expediente de manifiesto a las personas interesadas o, en su caso, a sus representantes para que en un plazo no inferior a diez (10) días hábiles ni superior a quince (15) días hábiles, puedan alegar y presentar los documentos o justificaciones que estimen pertinentes.

CAPÍTULO III. RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Artículo 15. Resolución

1. Recibido el dictamen técnico del servicio foral de valoración y diagnóstico de la exclusión más las alegaciones presentadas por la persona solicitante en su caso, la Subdirección Técnica del Área de Intervención Social elaborará una propuesta de resolución, que elevará a la Dirección- Gerencia del Instituto Foral de Bienestar Social, a quien corresponde la competencia para resolver sobre la situación de exclusión social de la persona solicitante.

2. La resolución deberá ser motivada e incluirá la baremación de la situación de exclusión o, en su caso, se pronunciará sobre si existe una situación de exclusión, de riesgo de exclusión, o de inclusión social.

En cuanto a la situación de exclusión social, se barema de la siguiente manera:

- Exclusión social leve: situación de desarraigo inicial o leve.
- Exclusión social moderada: fase avanzada de desarraigo.
- Exclusión social grave: no participa en la sociedad.

3. La Dirección-Gerencia del Instituto Foral de Bienestar Social dictará y notificará la resolución, en el plazo máximo de tres (3) meses a contar desde la recepción de la solicitud en el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, indicando los recursos que contra la misma procedan.

No se tendrá en cuenta, a efectos del cómputo del plazo establecido en el párrafo anterior, el periodo de tiempo durante el cual el expediente se encuentre paralizado por causa imputable a la persona solicitante.

4. La resolución que se dicte deberá ser motivada y notificada tanto a la persona interesada, lo que se podrá hacer a través del servicio social de atención primaria correspondiente si así se ha determinado por la persona interesada, como al propio servicio de atención primaria o de atención secundaria que informó sobre la petición de valoración, siempre que exista consentimiento de persona interesada. Dicha notificación se realizará preferentemente por medios electrónicos siempre que se garantice el derecho a la confidencialidad recogido en el artículo 9.1.b) de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

5. Transcurrido el plazo máximo establecido para dictar y notificar la resolución sin que se haya notificado ésta de forma expresa, la solicitud de reconocimiento de la situación de exclusión social se entenderá desestimada por silencio administrativo, sin perjuicio de la obligación de la administración de resolver expresamente.

La desestimación por silencio administrativo tiene los solos efectos de permitir a las personas interesadas la interposición del recurso administrativo o contencioso-administrativo que resulte procedente.

Artículo 16. Procedimiento de urgencia

En los supuestos de inicio del procedimiento a través de los servicios sociales de atención secundaria se podrá proceder a la valoración y/o diagnóstico especializado de forma prioritaria siempre que concurren circunstancias de urgencia debidamente justificadas que, como tales, sean apreciadas por la Comisión Técnica Asesora del Servicio para la valoración de la Exclusión y la de Inclusión Social.

Artículo 17. Vigencia de la resolución y posibilidades de revisión

1. La resolución de valoración de la situación de la exclusión social tendrá una vigencia mínima de un (1) año; no pudiéndose instar, antes del transcurso de dicho plazo, una nueva valoración salvo que concurren circunstancias extraordinarias que como tales sean apreciadas y declaradas, para cada caso concreto, por acuerdo de la Comisión Técnica Asesora del Servicio para la valoración de la Exclusión y la de Inclusión Social del Instituto Foral de Bienestar Social, acuerdo que quedará recogido en la correspondiente acta.

2. También podrá instarse una nueva valoración de la situación de exclusión social antes del transcurso de un (1) año, cuando encontrándose la persona valorada en recursos de atención primaria o secundaria la persona designada como profesional de referencia entienda que se han producido cambios notables a consecuencia de la intervención efectuada. En cualquier caso, la petición de una nueva valoración de la exclusión social con fundamento en tal motivo requerirá del acuerdo favorable de la Comisión Técnica Asesora del Servicio para la valoración de la Exclusión y la de Inclusión Social.

3. Podrá denegarse la solicitud de revisión de la situación de exclusión social presentada con anterioridad al transcurso de un (1) año desde que se dictó la anterior mediante un procedimiento abreviado que consistirá en darle traslado de los acuerdos a los que haya podido llegar la Comisión Técnica Asesora para la Inclusión Social a fin de que, por la persona interesada o su representante, se presenten la alegaciones, documentos y justificaciones que entiendan oportunas; redactándose, la correspondiente propuesta de resolución que será elevada, inmediatamente, a la consideración de la Dirección-Gerencia del Instituto Foral de Bienestar Social a fin de que adopte la resolución que proceda.

Artículo 18. Desistimiento y renuncia

1. En cualquier momento del procedimiento, y antes de dictarse resolución, podrá la persona solicitante o, en su caso, su representante legal o su representante voluntario/a, desistir de su solicitud por cualquier medio que permita tener constancia de su voluntad; bastando, a tales efectos, diligencia suscrita por el personal responsable de la tramitación ante quien se hubiera manifestado la voluntad expresa de desistir.

2. Caso de desistir de la solicitud, la persona interesada o, en su caso, su representante legal o su representante voluntario/a, no podrá formular nueva solicitud de valoración antes de transcurridos seis (6) meses a contar desde el día siguiente al de la notificación de la resolución de aceptación del desistimiento.

3. Asimismo, se entenderá que el fallecimiento de la persona solicitante con anterioridad a la fecha de resolución pone fin al procedimiento, en los mismos términos que un desistimiento expreso.

4. Formalizado el desistimiento se archivará la solicitud y se pondrá fin al expediente, previa resolución en ese sentido del Instituto Foral de Bienestar Social.

5. Si en el procedimiento se hubiera dictado ya resolución, la persona solicitante, o en su caso, su representante legal, podrá renunciar a su derecho, por cualquier medio que permita dejar constancia de su voluntad; bastando, a estos efectos, diligencia suscrita por el personal responsable de la tramitación ante quien se hubiera manifestado la voluntad expresa de renunciar.

Caso de presentar dicha renuncia de manera expresa, la personas interesada o, en su caso, su representante legal o voluntario, no podrá formular nueva solicitud de valoración antes de transcurridos seis (6) meses a contar desde el día siguiente al de la notificación de la formalización de la renuncia.

6. La Comisión Técnica Asesora del Servicio para la valoración de la Exclusión y la Inclusión Social del Instituto Foral de Bienestar Social podrá acordar proceder a realizar una valoración de la posible situación de exclusión social antes del transcurso de los seis meses (6) desde que se notificó el desistimiento o la renuncia, cuando concurren circunstancias extraordinarias que, como tales, sean apreciadas por la comisión.

Artículo 19. Recursos administrativos

1. Contra las resoluciones dictadas por la Dirección Gerencia del Instituto Foral de Bienestar Social podrá interponerse recurso de alzada ante el Consejo de Administración de dicho instituto, en el plazo de un mes, a contar desde el día siguiente al de la notificación de la resolución impugnada.

2. Contra las resoluciones firmes de la Dirección Gerencia y del Consejo de Administración del Instituto Foral de Bienestar Social podrá interponerse cuantos otros recursos resulten de aplicación de conformidad con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

3. La interposición y trámite de los recursos administrativos se regirán por lo dispuesto en la referida ley en el párrafo anterior.

Artículo 20. Impugnación judicial

Agotada la vía administrativa, contra las resoluciones firmes de la Dirección Gerencia o, en su caso, del Consejo de Administración del Instituto Foral de Bienestar Social podrá interponerse el correspondiente recurso contencioso-administrativo, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente al de la notificación o publicación del acto que ponga fin a la vía administrativa, en los términos previstos en la vigente ley reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa.

Artículo 21. Plan de Atención Personalizada

1. Una vez realizada la valoración y/o el diagnóstico, caso de que la persona tenga derecho de acceso a servicios o prestaciones de atención secundaria, la persona profesional de referencia del Instituto Foral de Bienestar Social confeccionará, atendiendo a su criterio técnico y, en lo posible y siempre que resulte idóneo, teniendo en cuenta las preferencias de la persona usuaria un Plan de Atención Personalizada (PAP) en el que se determinará el recurso o combinación de recursos que se estimen más idóneos para responder a sus necesidades.

2. El Plan de Atención Personalizada será revisado de oficio, por el Instituto Foral de Bienestar Social, cuando se produzcan variaciones significativas de las circunstancias que se tuvieron en cuenta para su elaboración.

La revisión podrá llevarse a cabo las veces que sea necesaria durante el proceso de intervención a fin de ajustar los objetivos y actuaciones previstos en el Plan de Atención Personalizada a las necesidades de la persona usuaria. En cualquier caso, en toda revisión del Plan de Atención Personalizada deberá participar la persona interesada.

Artículo 22. Comisión Técnica Asesora del Servicio para la Valoración de la Exclusión y la Inclusión Social

Dentro del Instituto Foral de Bienestar Social se constituirá una comisión Técnica Asesora para la valoración de la exclusión y la inclusión social, que se regulará por orden foral, y que tendrá entre sus funciones:

a) Dirimir los conflictos que pudieran surgir entre profesionales del servicio foral en los casos de discrepancia en el diagnóstico de la situación de exclusión social o respecto del contenido de los planes de intervención personalizada.

b) Analizar los supuestos de discrepancias técnicas entre el servicio de atención secundaria y los servicios de atención primaria en relación con el diagnóstico de la situación de exclusión social.

c) Valorar las solicitudes de ingresos en servicios residenciales y centros no residenciales para la inserción social cuando concurrieran circunstancias de riesgo que pudieran dar lugar a situaciones conflictivas.

d) Valorar las solicitudes de ingresos en servicios residenciales y centros no residenciales para la inserción social cuando concurrieran circunstancias particulares que den lugar a situaciones dudosas en cuanto a la mejor ubicación de la persona usuaria en uno u otro tipo de centro.

e) Examinar y valorar todas aquellas cuestiones suscitadas con motivo de la supervisión de los procesos de incorporación social de las personas usuarias cuando, a juicio del profesional de referencia, deban ser sometidas a la comisión a fin de que tenga conocimiento, proceda a su estudio y, en su caso, apoye la toma de decisión mediante la adopción de la correspondiente propuesta.

f) Valoración de las circunstancias excepcionales que pudieran dar lugar a una valoración de la situación de exclusión social de personas que no cumplen todos los requisitos.

g) Valoración de las circunstancias extraordinarias que pudieran dar lugar a una nueva valoración de la situación de exclusión social antes del transcurso del plazo de vigencia de la anterior resolución de valoración de la situación de exclusión social.

h) Valoración de las circunstancias extraordinarias que pudieran dar lugar a una nueva valoración de la situación de exclusión social antes del transcurso de los seis meses desde que se notificó el desistimiento o la renuncia de una solicitud anterior.

i) Valorar la concurrencia de circunstancias de urgencia que justifiquen una valoración urgente de la situación de exclusión.

j) Cualquier otra actividad o función que le sea encomendada.

DISPOSICIONES FINALES



Primera. Régimen supletorio

En materia procedimental, en todo lo no previsto por el presente decreto, se estará a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, así como a las disposiciones legales vigentes que resulten de concordante y pertinente aplicación.

Segunda. Desarrollo reglamentario

Se faculta a la Diputada Foral de Servicios Sociales para dictar cuantas disposiciones resulten procedentes en orden al desarrollo, ejecución y aplicación de lo previsto en el presente decreto foral.

ANEXO II
FORMULARIOS

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">005</div> </div> <h2 style="text-align: center;">Solicitud de acceso a Servicios Sociales</h2> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div> <p style="text-align: right; font-size: 10px;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>																											
<p>Datos de la persona solicitante</p> <p>Primer apellido <input style="width: 150px;" type="text"/> Segundo apellido <input style="width: 150px;" type="text"/> Nombre <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Fecha de Nacimiento (día, mes y año) <input style="width: 150px;" type="text"/> Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input style="width: 80px;" type="text"/> Estado Civil <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Domicilio (Calle / Plaza) <input style="width: 200px;" type="text"/> N° <input style="width: 30px;" type="text"/> Bloque <input style="width: 30px;" type="text"/> Escalera <input style="width: 30px;" type="text"/> Piso <input style="width: 30px;" type="text"/> Puerta <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>C.P. <input style="width: 40px;" type="text"/> Municipio <input style="width: 100px;" type="text"/> Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/> Provincia /T.H. <input style="width: 60px;" type="text"/> DNI/NIF • NIE • Otro <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>Teléfono fijo <input style="width: 150px;" type="text"/> Teléfono móvil <input style="width: 150px;" type="text"/> E-mail <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>EXPONE que considera reunir los requisitos exigidos para solicitar:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Que su cónyuge o pareja de hecho es: <input style="width: 250px;" type="text"/> DNI/NIF • NIE • Otro <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>D./Dª <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>En caso de viudedad, fecha de fallecimiento de cónyuge o pareja de hecho:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																												
<p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR</p> <p style="text-align: center; background-color: #800040; color: white;">Rendimientos de trabajo y Rendimientos de actividades</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Descripción</th> <th style="width: 20%;">Importe Anual</th> <th style="width: 30%;">Perceptor/a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; background-color: #800040; color: white;">Pensiones, Subsidios y Prestaciones</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Descripción</th> <th style="width: 20%;">Importe Anual</th> <th style="width: 30%;">Perceptor/a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pensión Viudedad</td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Pensión Jubilación</td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PNC/FBS/LISMI</td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Otras (Especificar)</td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Descripción	Importe Anual	Perceptor/a		€			€			€		Descripción	Importe Anual	Perceptor/a	Pensión Viudedad	€		Pensión Jubilación	€		PNC/FBS/LISMI	€		Otras (Especificar)	€	
Descripción	Importe Anual	Perceptor/a																										
	€																											
	€																											
	€																											
Descripción	Importe Anual	Perceptor/a																										
Pensión Viudedad	€																											
Pensión Jubilación	€																											
PNC/FBS/LISMI	€																											
Otras (Especificar)	€																											

 Egiaztatzeko helbidea: Dirección de comprobación
<https://es.araba.eus/verp/portal/ConsultaCone>

 Zuzargiaren z. k. Código de Verificación
4WLV-McIG-UM5a-QdCN


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.

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <h2 style="margin: 0;">Informe de salud</h2> <p style="margin: 0;">para el reconocimiento de la situación de dependencia</p> </div> <div style="text-align: right; font-size: 24px; font-weight: bold;">006</div> </div> <div style="border: 2px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <p style="font-size: 8px;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p> </div>																																																																					
<p>1. Datos de identificación de la persona</p>																																																																						
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre																																																																				
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	DNI/NIF • NIE • Otro																																																																				
	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>																																																																					
<p>2. Enfermedades o problemas de salud actuales que le suponen una falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial:</p>																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Diagnóstico</th> <th rowspan="2">Fecha</th> <th rowspan="2">Código</th> <th rowspan="2">Estable medicamento</th> <th colspan="2">Recuperable</th> </tr> <tr> <th>NO</th> <th>SI, con tratamiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Diagnóstico	Fecha	Código	Estable medicamento	Recuperable		NO	SI, con tratamiento																																																												
Diagnóstico	Fecha	Código					Estable medicamento	Recuperable																																																														
			NO	SI, con tratamiento																																																																		
<p>Observaciones</p>																																																																						
<p>3. Indicación de medidas de soporte terapéutico, funcional y/o productos de apoyo prescritos:</p>																																																																						
Breve descripción	La utiliza adecuadamente	Objeto principal de intervención actual																																																																				
	SI NO	Rehabilitar Prevenir Mantener No interviene																																																																				
<p>Tratamiento farmacológico:</p>																																																																						
<p>Observaciones:</p>																																																																						



4. Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si considera probable que la condición de salud actual de la persona pueda modificarse en los próximos 6 meses:

Se mantendrá más o menos igual Mejorará Empeorará

5. Entre las causas principales relacionadas con la aparición de dependencia, se encuentra una enfermedad mental, deterioro cognitivo o discapacidad intelectual:

SI NO

En caso afirmativo, aporte informes del o de los especialistas certificando el diagnóstico y describiendo la situación actual de la persona en relación a la enfermedad, trastornos u otras condiciones de salud. Y si es posible, los test o pruebas que se hayan realizado para confirmar el diagnóstico o para determinar la severidad.

6. En caso de existir trastornos del comportamiento aporte información del especialista sobre la característica de los mismos.

7. Alguna patología le cursa por brotes: SI NO

En caso afirmativo, reseñar e indicar número de ellos en el último año:

8. Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona que tengan que ver con la dependencia:

Informe emitido por:

Profesional

Fecha

Centro de Salud o Servicio

Teléfono

Código Postal

Municipio



Provincia/T.H.

Sello o etiqueta adhesiva

Firma y nº de Colegiado/a

Aviso Legal LOPD

Le recordamos que los datos contenidos en este informe de salud 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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<div style="text-align: right; font-size: 24px; font-weight: bold;">008</div> <h2 style="text-align: center;">Datos de la persona representante o de la persona de referencia</h2> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>																																					
<p>Nombre, apellidos y DNI/NIF • NIE • Otro de la persona dependiente</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>																																						
<p>1. Datos de la persona Representante</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Primer apellido</td> <td style="width: 33%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 34%;">Nombre</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Domicilio (Calle / Plaza)</td> <td style="width: 5%;">Nº</td> <td style="width: 10%;">Bloque</td> <td style="width: 10%;">Escalera</td> <td style="width: 10%;">Piso</td> <td style="width: 5%;">Puerta</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">C.P.</td> <td style="width: 25%;">Municipio</td> <td style="width: 25%;">Localidad</td> <td style="width: 15%;">Provincia / T.H.</td> <td style="width: 20%;">DNI/NIF • NIE • Otro</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Teléfono fijo</td> <td style="width: 33%;">Teléfono móvil</td> <td style="width: 34%;">E-mail</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table> <p>Relación con la persona interesada</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Representante legal <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Guardador/a de hecho <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	C.P.	Municipio	Localidad	Provincia / T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Representante legal <input type="checkbox"/>	Guardador/a de hecho <input type="checkbox"/>	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre																																				
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																				
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta																																	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																	
C.P.	Municipio	Localidad	Provincia / T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro																																		
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																		
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail																																				
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																				
Representante legal <input type="checkbox"/>	Guardador/a de hecho <input type="checkbox"/>																																					
<p>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)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Primer apellido</td> <td style="width: 33%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 34%;">Nombre</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Domicilio (Calle / Plaza)</td> <td style="width: 5%;">Nº</td> <td style="width: 10%;">Bloque</td> <td style="width: 10%;">Escalera</td> <td style="width: 10%;">Piso</td> <td style="width: 5%;">Puerta</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">C.P.</td> <td style="width: 25%;">Municipio</td> <td style="width: 25%;">Localidad</td> <td style="width: 15%;">Provincia</td> <td style="width: 20%;">DNI/NIF • NIE • Otro</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Teléfono fijo</td> <td style="width: 33%;">Teléfono móvil</td> <td style="width: 34%;">E-mail</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table> <p>Domicilio a efectos de notificaciones: Propio <input type="checkbox"/> Persona representante <input type="checkbox"/> Persona de Referencia <input type="checkbox"/></p> <p>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 0.9em;"> <p>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.</p> <p>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.</p> </div> <p>En <input style="width: 150px;" type="text"/> a <input style="width: 30px;" type="text"/> de <input style="width: 150px;" type="text"/> de 20 <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: bottom;">Firma de la persona Representante legal</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: bottom;">Firma de la persona de Referencia</td> <td style="width: 34%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: bottom;">Firma del Guardador/a de hecho</td> </tr> </table>		Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	C.P.	Municipio	Localidad	Provincia	DNI/NIF • NIE • Otro	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Firma de la persona Representante legal	Firma de la persona de Referencia	Firma del Guardador/a de hecho
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre																																				
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																				
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta																																	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																																	
C.P.	Municipio	Localidad	Provincia	DNI/NIF • NIE • Otro																																		
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																		
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail																																				
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																				
Firma de la persona Representante legal	Firma de la persona de Referencia	Firma del Guardador/a de hecho																																				
<p><small>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.</small></p> <p><small>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.</small></p> <p><small>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.</small></p>																																						

Eguztearen bitartean Hizkuntza eta Informazioaren Zuzendaritza

<https://e.s.araba.eus/wps/portal/ConsultaCove>

Zuzentzailearen zif. Código de Verificación

JScw-rTZI-Xb59-ujWP



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<h1>Formulario de consentimiento</h1> <h1>010</h1>  <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).

Egiazterako helbidea: Dirección de comprobación
<https://e.s.araba.eus/wps/portal/ConsultaCove>

Zurtagiriaren zk. Código de Verificación
YVX-IJLW-YAZ7-X6IJ



<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 al Instituto Foral de Bienestar Social 012</p> <p>Para recabar, utilizar y/o transmitir datos de carácter personal.</p>
--	---

- 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 exclusión social 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 Alava, 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 o representante voluntario, 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, Menor y Familia 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 establecidas 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 Alava, 10, 5ª planta, Vitoria-Gasteiz, donde deberá presentar copia de su DNI.

Egitarazeko habildatutako Direccion de comprobación
<https://e-araba.eus/wps/portal/ConsultasCoe>

Zurtagiriaren zk. Código de Verificación
mKX7-4kRW-uVCK-IYZh



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
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

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 DNI con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho /Representante Voluntario

Indicar nombre, apellidos y DNI 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.

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<p>Informe de salud mental 034</p> <p>(en supuestos de valoración de dependencia en personas con trastorno mental)</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 identificación de la persona

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	Sexo	DNI • NIE • Pasaporte
<input type="text"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2. Diagnósticos clínicos:

Diagnóstico Actual	Fecha del diagnóstico	Codificación CIE 10

Diagnósticos Previos	Fecha del diagnóstico	Codificación CIE 10

3. Curso y Evolución actual de la Enfermedad:

Descripción del cuadro

Evolución en el último periodo

(Estabilidad clínica, nº de recaídas/hospitalizaciones en el último año, riesgos ante recaídas ...)

Egitarazteko Inbiziak: Dirección de comprobación
<https://e.s.araba.eus/wps/portal/ConsultaCove>

Zurtagiriaren z.k. Código de Verificación
y7Wc-6bsh-JLD-8vHj



4. Tratamiento actual y adherencia al mismo:

Psicofarmacológico			
Psicoterapéutico			
Adherencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cumplimiento	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supervisión	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Especificar:

5. Información complementaria:

Otras alteraciones			
Existe conciencia de Enfermedad	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Existen alteraciones Conductuales	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Especificar:			

Hay consumo de sustancias tóxicas (Alcohol / Drogas)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Deterioro cognitivo permanente	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Especificar funcionamiento cognitivo (<i>Habilidades conservadas vs deficitarias, memoria, atención, comprensión, coordinación psicomotora, orientación, planificación...</i>):			

6. Otras observaciones de interés (*contactos, amigos, implicación emocional en las relaciones...*):

7. Resultados de escalas y pruebas practicadas en la evaluación psiquiátrica y/o psicológica:

Informe emitido por:


D/D^a

Facultativo dependiente de:

Fecha, firma y N^o de colegiado

Aviso Legal LOPD

Le recordamos que los datos contenidos en este informe de salud 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.araba.eus/ifbs/</p>	<h2>Modelo de Representación Voluntaria 048</h2> <hr style="border: 2px solid black;"/> <p>* F48 *</p> <p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
--	--

Otorgamiento de la representación

1. Datos de la persona Otorgante

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
	<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"/>

2. Datos de la persona representante. A los efectos de poder ejercer su representación ante el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral

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
	<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"/>

Domicilio a efectos de notificaciones:

Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Escalera	Piso
	<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"/>

3. Otorga representación para que actúe ante los servicios de:

Recibir notificaciones Formular una solicitud Interponer un recurso
 Desistir de acciones Otros

En el caso de marcar **OTROS** se faculta a la persona representante para ejercitar las siguientes facultades o funciones: facilitar la práctica de cuantas actuaciones sean precisas para la instrucción del expediente, 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 correspondan a la persona representada en el curso de dicho procedimiento.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

En a de de 20

Firma de la persona otorgante

Firma de la persona representante

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.