



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores,  
Personas con Discapacidad y Dependientes.

Nº Procedimiento

120040

Código SIACI  
SJX5



## SOLICITUD DE TELEASISTENCIA

### DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>				
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				
Centro de Salud de Referencia	<input type="text"/>				
Médico de Cabecera	<input type="text"/>				

### DATOS DE LA PERSONA QUE CONVIVE CON EL SOLICITANTE EN SITUACIÓN SIMILAR DE RIESGO

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>		
Fecha nacimiento	<input type="text"/>				
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Relación con el solicitante:	<input type="text"/>				
Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>		
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				
Centro de Salud de Referencia:	<input type="text"/>				
Médico de Cabecera	<input type="text"/>				

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL DEL SOLICITANTE

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores,  
Personas con Discapacidad y Dependientes.

Horario preferente para recibir llamada:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

### MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA

Correo postal       Teléfono       Correo electrónico

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes de la Consejería de Sanidad y Asuntos sociales, con la finalidad de gestionar el expediente. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante esta Dirección General (Avda. de Francia nº 4, 45071 Toledo) o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico [protecciondatos@jccm.es](mailto:protecciondatos@jccm.es)

### 1ª PERSONA DE CONTACTO CON LLAVE DEL DOMICILIO

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Relación con el solicitante:

Domicilio:

Provincia:  C.P.:  Población:

Teléfono:  Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Horario de localización:

Distancia al domicilio del solicitante:

### DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

Centro de trabajo:

Teléfono trabajo:  Teléfono móvil trabajo:

Horario de localización:

Distancia al domicilio del solicitante:

### 2ª PERSONA DE CONTACTO CON LLAVE DEL DOMICILIO

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Relación con el solicitante:

Domicilio:

Provincia:  C.P.:  Población:

Teléfono:  Teléfono móvil:



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores,  
Personas con Discapacidad y Dependientes.

Correo electrónico	
Horario de localización	
Distancia al domicilio del solicitante	

#### DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO

Centro de trabajo:			
Teléfono trabajo:		Teléfono móvil trabajo:	
Horario de localización			
Distancia al domicilio del solicitante			

#### OTROS FAMILIARES NO INCLUIDOS EN EL APARTADO ANTERIOR

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	TELÉFONO

#### Datos de la solicitud

**EXPONE:** Que reuniendo las condiciones contempladas en la Orden de 22 de Enero de 2003 por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia (modificada por Orden de 19 de enero de 2004, por Orden de 27 de febrero de 2006 y por Orden de 20 de febrero de 2007) y en la Carta de Servicios de Teleasistencia (Resolución de 16/11/2011, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se actualiza la Carta de Servicios de Teleasistencia)

**SOLICITA:** la incorporación a la prestación de Teleasistencia domiciliaria en las condiciones contempladas en dicha normativa

#### Acreditación del cumplimiento de los requisitos

##### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

- La vivienda para la que se solicita la Teleasistencia es usada habitual y permanentemente por la persona interesada
- Se comprometo asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifica en la Orden que regula la Teleasistencia, las cuales conoce y acepta en su integridad.
- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los



mismos, en caso de ser propuesto como beneficiario.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de concesión de prestación, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### Autorizaciones

**AUTORIZA** a este órgano gestor de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

**SI**  **NO:** Los acreditativos de identidad.

**SI**  **NO:** Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).

**SI**  **NO:** La información de índole tributaria.

**SI**  **NO:** La información sobre afiliación a la Seguridad Social.

**SI**  **NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

- 
- 

**SI**  **NO:** Los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración regional, concretamente los siguientes:

- Documento....., presentado con fecha.....ante la unidad..... de la Consejería de.....
- Documento....., presentado con fecha.....ante la unidad..... de la Consejería de....  
.....

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

La presente autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la subvención objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

### DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

Certificación del padrón municipal en que conste la residencia y empadronamiento del interesado y sus convivientes y la fecha de alta en el mismo, o bien certificado de empadronamiento junto a certificado de convivencia expedido por el ayuntamiento.

Informe médico emitido por su médico del Centro de Salud (modelo SESCOAM-Turriano/ **Informe Salud (B. Social)**), señalando los ítems correspondientes a **Prestación ayuda a domicilio/Teleasistencia:** Audición; Visión; Problemas de Conducta; Orientación espacio-temporal). En el caso de no ser atendido por un médico del



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Dirección General de Mayores,  
Personas con Discapacidad y Dependientes.

SESCAM, deberá aportar Informe médico según modelo publicado como Anexo III en la Orden de 22 de Enero de 2003 por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia).

Además de los anteriores, los solicitantes que no hayan prestado su consentimiento para que la Administración compruebe directamente los datos referidos a identidad y domicilio presentarán también los siguientes documentos:

- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad/Número de Identificación Fiscal/Número de Identificación de Extranjero.

**MUY IMPORTANTE:**

**El/la trabajadora/a social de su barrio o localidad, a quien encontrará en el Centro Social, puede prestarle una valiosa información, tanto para aclarar el funcionamiento de la Teleasistencia como para la documentación que ha de acompañar a su solicitud y para agilizar la tramitación.**

En.....a.....de.....de.....

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

SR./SRA COORDINADOR/A DE LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES DE .....