

Hasierako balorazioa /Valoración inicial

Berrikuspena / Revisión

Lekualdatzea /Traslado

1. ESKATZAILEAREN DATUAK / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

1. abizena / Apellido 1		2. abizena / Apellido 2			
Izena / Nombre		NAN / D.N.I			
Jaioteguna / Fecha de nacimiento		Sexua / Sexo		Egoera zibila /Estado civil	
1. telefonoa / Teléfono 1	2. telefonoa / Teléfono 2		E-maila / e-mail		
Baduzu Gizarte Segurantzarik? ¿Dispone de Seguridad Social?		<input type="checkbox"/> Ez/No	<input type="checkbox"/> Bai/Si	<input type="checkbox"/> Titularra / Titular <input type="checkbox"/> Onuraduna / Beneficiario/a	
Afiliazio zka. / N.º afiliación		OTI Zenbakia / N° TIS			
Aitortua duzu baliaezintasun handia? ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?				<input type="checkbox"/> Ez/No	<input type="checkbox"/> Bai/Si
Ez-ohikoa den gaziotasunik al daukazu? Horrela bada, mesedez esan zein den ¿Presenta alguna patología catalogada como enfermedad poco frecuente? En caso afirmativo, indique cuál:				<input type="checkbox"/> Ez/No	<input type="checkbox"/> Bai/Si
Helbidea (kalea edo plaza) / Domicilio (calle o plaza)					
Blokea / Bloque	Zk. / N°	Eskailera / Escalera	Solairua / Piso	Aldea / Mano	Atea / Puerta
Udalerrria / Municipio		PK / C.P.	Probintzia / Provincia		
Komunikazio eta jakinarazpenetarako datuak / Datos para las comunicaciones y notificaciones (Bete bakarrik helbidea ez bada ohiko helbidea / Rellenar el domicilio sólo si es diferente al domicilio habitual)					
Nahiago duzun hizkuntza / Idioma preferente				<input type="checkbox"/> Euskara	<input type="checkbox"/> Castellano
Helbidea (kalea edo plaza) / Domicilio (calle o plaza)					
Blokea / Bloque	Zk. / N°	Eskailera / Escalera	Solairua / Piso	Aldea / Mano	Atea / Puerta
Udalerrria / Municipio		PK / C.P.	Probintzia / Provincia		
Ordezkararen datuak / Datos de la persona representante (Bete bakarrik ordezkaritza bidez jardunetz gero / Rellenar sólo si actúa mediante representación)					
<input type="checkbox"/> Legezkoa / Legal		<input type="checkbox"/> Borondatezkoa / Voluntaria		<input type="checkbox"/> Egitezko zaintza / Guarda de hecho	
1. abizena / Apellido 1		2. abizena / Apellido 2			
Izena / Nombre	NAN / D.N.I	Sexua / Sexo		Jaioteguna / Fecha de nacimiento	
1. telefonoa / Teléfono 1	2. telefonoa / Teléfono 2		E-maila / e-mail		
Eskatzailearekin daukazu harremana / Vínculo con la persona solicitante					

2. BIZKAIARA LEKUZ ALDATUZ GERO BETETZEKO DATUAK / DATOS A RELLENAR EN CASO DE TRASLADO A BIZKAIA

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

DATUEN BABESARI BURUZKO OINARRIZKO INFORMAZIOA		INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Arduraduna	Autonomia Pertsonala Sustatzeko Zuzendaritza Nagusia.	Responsable	Dirección General de Promoción de la Autonomía Personal
Helburuak	Autonomia pertsonala sustatzea eta mendekotasun-eta desgaitasun-egoerarako laguntza ematea.	Finalidad	Promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia y la discapacidad.
Legitimazioa	Ahal publikoak baliatzea, legezko betebeharrak betetzea eta eskabidea sinaturik ematen den onespren espresua.	Legitimación	El ejercicio de potestades públicas, el cumplimiento de obligaciones legales y el consentimiento expreso otorgado con la firma de la solicitud.
Hartzaileak	Datu pertsonalak legezko betebeharrak batek aginduta edo zure baimena ematen duzunean baino ez dira lagako. Ez da aurrez ikusten hirugarren herrialdeetara edo nazioarteko erakundeetara datu-transferentziarik egitea.	Destino	Sólo se realizarán cesiones de datos personales por obligación legal o con su consentimiento. No se prevén transferencias a terceros países u organizaciones internacionales.
Eskubideak	Zure datuetan sartzea, haiek zuzentzea edo kentzea, eta datuen tratamendua mugatzea edo horren aurka egitea; horretarako, idazki bat bidali beharko duzu helbide honetara: Ugaskobidea 3 bis (48014) Bilbo.	Derechos	Acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, enviando un escrito a Ugaskobidea 3 Bis (48014) Bilbao.
Jatorria	Interesduna edo haren ordezkaria, eta beste administrazio, erakunde, erregistro edo entitate publiko edo pribatu batzuk, legeak ezartzen dituen mugen barruan.	Procedencia	La persona interesada o su representante y otras administraciones, organismos, registros o entidades públicas o privadas, dentro de los límites legales establecidos.
Informazio zehatua	https://www.ebizkaia.eus/eu/izapideen-katalogoa dagokion prozeduran.	Información detallada	https://www.ebizkaia.eus/es/catalogo-de-tramites-y-servicios en su correspondiente procedimiento.

Nire erantzukizunpean adierazten dut:

Eskabide honetan jarritako datuak **egiazkoak** direla.

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

Hartu ditzakedan prestakuntza eta zerbitzuen jarraipen eta kontrolerako erraztasunak ematearen konpromisoa **onartzen dut**.

Irakurri dut nire datu pertsonalen tratamenduari buruzko informazioa eta **onartzen dut**.

Con la firma de la presente solicitud declaro:

Que **son ciertos** los datos consignados en la presente solicitud.

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

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

Que he leído la información sobre el tratamiento de mis datos personales y **consiento** al mismo.

20 (e)ko

(a)ren (e)an

de

de 20

Eskatzailearen sinadura/ Firma de la persona solicitante	Legezko edo borondatezko ordezkariaren, edo izatezko zaintzailearen sinadura Firma de la persona representante legal, voluntaria o guardadora de hecho
Sinatu ezin badu, horren zergatia / Causa por la que no puede firmar	

Eskabidea Gizarte Ekintza Sailean jaso, eta gehien jota, 2 hilabeteko epea izango da ebazpena eman eta jakinarazteko; epe hori igarota, ebazpenik ez izateak ezezkoa eman dela esan nahiko du (Bizkaiko Foru Aldundiaren 2016ko urriaren 11ko 153/2016 Foru Dekretua).

El plazo máximo para resolver y notificar será de 2 meses a contar desde la recepción de la solicitud en el Departamento de Acción Social. Una vez transcurrido dicho plazo se entiende desestimada dicha solicitud (Decreto Foral 153/2016, de 11 de octubre 2016, de la Diputación Foral de Bizkaia)

ESKABIDEAREKIN BATERA AURKEZTU BEHARREKO AGIRIAK

Hasierako ebaluazioa bada edo Bizkaira aldatzen bada:

Eskatzailearen NANaren edo haren nortasuna egiaztatzeko beste agiri baten fotokopia.

Eskatzailearen errolda-agiri eguneratua. Geroago beste izapide batzuk bizkorrago egin ahal izateko, agiri hori kolektiboa izan dadila gomendatzen da.

Osakidetza **osasan txostena** (E045) edo mendekotasuna ebaluatze **txostena** (MET). **Bizkaira aldatuz gero**, mendekotasunaren ebaluazioa **berrikusteko eskatzen denean baino ez**.

Banku-helbideratzearen fitxa (E299). Eskatzaileak izan behar du kontuaren titularra.

Osasun-txartel indibidualaren fotokopia.

Ordezkararen bidez jardunez gero, ordezkararen NANaren edo haren nortasuna egiaztatzen duen agiriaren **fotokopia**.

18 urtetik beherako adingabeen kasuan, Familia Liburuaren edo ahaidetasun-harremana egiaztatzeko beste agiriren baten fotokopia.

Judizialki gaitasuna aldatuta dutenen kasuan, legezko gaitasuna aldatu eta tutoretza ezarri duen epaiaren fotokopia.

Ordezkaritza boluntarioaren bidez jardunez gero, hura emateko eredu, ordezkaritza ematen duenak eta ordezkariek sinatua (E790).

Egitatezko zaintzaile baten bitartez jardunez gero, egitatezko zaintzaren zinpeko deklarazioa, zaintzaile legez diharduenak sinatua (E745).

Hala badagokio, legezko egoitza egiaztatzen duen dokumentazioa edo kasuan-kasuko benetako egoitza-aldia egiaztatze duen erroldatze-ziurtagiria.

Ebaluazioaren berrikuspina bada:

Osakidetza **osasan txosten** (E045) edo mendekotasuna ebaluatze **txosten** (MET) eguneratua.

Azken eskaera egin zenetik urte bat baino gehiago pasatu bada, eskatzailearen **errolda-ziurtagiria**. Geroko izapideak bizkorrago egin ahal izateko, agiri hori **kolektiboa** izan dadila gomendatzen da.

Banku-helbideratzearen **kontuaren zenbakia aldatu nahi bada**, **banku-helbideratzearen fitxa** (E2999). Eskatzailea kontuaren titularra izan behar da.

Ordezkaria aldatu nahi bada, ordezkararen NANaren fotokopia edo haren nortasuna egiaztatzen duen beste edozein agiriren fotokopia, eta ordezkaritza egiaztatzen duen agiria.

ESKABIDEA AURKEZTEKO LEKUA

Hasierako ebaluazioa bada edo Bizkaira aldatu nahi bada: eskatzailea erroldatuta dagoen udalerriko oinarrizko gizarte-zerbitzuan.

Ebaluazioaren berrikuspina bada: Bizkaiko Foru Aldundian, bai erregistroetako jendaurreko bulegoetan bai egoitza elektronikoan, edo eskatzailea erroldatuta dagoen udalerriko oinarrizko gizarte-zerbitzuan.

DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD

En caso de valoración inicial o de traslado a Bizkaia:

- Fotocopia del DNI** u otro documento acreditativo de la identidad de la persona solicitante.
- Certificado actualizado de empadronamiento** de la persona solicitante. Para agilizar posteriores trámites, se recomienda que dicho certificado sea **colectivo**.
- Informe de Salud** (E045) o Informe de Valoración de la Dependencia (IVD) de Osakidetza. **En caso de traslado a Bizkaia, sólo si además solicita la revisión** de la valoración de dependencia.
- Ficha de domiciliación bancaria** (E299). La persona solicitante debe ser la titular de la cuenta.
- Fotocopia de la Tarjeta Individual Sanitaria**.
- Si actúa mediante representación, fotocopia del DNI** u otro documento acreditativo de la identidad de la persona que ejerce la representación.
- En caso de menores de 18 años**, fotocopia del **Libro de Familia** u otro documento acreditativo de la relación de parentesco.
- En caso de capacidad modificada judicialmente**, fotocopia de la sentencia de modificación de la capacidad legal y de asignación de tutela.
- Si actúa mediante representación voluntaria**, otorgamiento de representación voluntaria firmado por la persona otorgante y la persona representante (E790).
- Si actúa mediante persona guardadora de hecho**, declaración jurada de guarda de hecho firmado por quien ejerza la misma (E745).
- En su caso**, documentación acreditativa de la residencia legal o certificado de empadronamiento que acredite el periodo de residencia efectiva correspondiente.

En caso de revisión de la valoración:

- Informe de Salud** (E045) o Informe de Valoración de la Dependencia (IVD) de Osakidetza actualizado.
- Si ha transcurrido más de 1 año desde la anterior solicitud, certificado de empadronamiento** de la persona solicitante. Para agilizar posteriores trámites, se recomienda que dicho certificado sea **colectivo**.
- Si desea cambiar el número de cuenta** de domiciliación bancaria, **Ficha de domiciliación bancaria** (E299). La persona solicitante debe ser la titular de la cuenta.
- Si desea cambiar de representante**, fotocopia del DNI u otro documento acreditativo de la identidad de la persona que ejerce la representación y el documento que acredite la representación.

LUGAR DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

En caso de valoración inicial o de traslado a Bizkaia: en el Servicio Social de Base del municipio de empadronamiento de la persona solicitante.

En caso de revisión de la valoración: en la Diputación Foral de Bizkaia, bien en las oficinas de atención en materia de registros o en la Sede electrónica, o en el Servicio Social de Base del municipio de empadronamiento de la persona solicitante.