



**SOLICITUD DE ACCESO AL SERVICIO DE TELEASISTENCIA  
DEL SISTEMA RIOJANO PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA DEPENDENCIA**

**A. SOLICITANTE**

Nombre y apellidos:		DNI/NIE:	
Domicilio (calle, núm,...):			
Localidad:	Provincia:	Código postal:	
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Fecha de nacimiento:	

**B. REPRESENTANTE LEGAL/GUARDADOR DE HECHO**

Nombre y apellidos:		DNI/NIE:	
En calidad de <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador de hecho		Teléfono:	
Domicilio (calle, núm,...):			
Localidad:	Provincia:	Código postal:	

**C. NOTIFICACIÓN**

**Deseo ser notificado mediante correo postal**

Cumplimentar si desea recibir las notificaciones en un domicilio distinto del señalado en el apartado A:

- Dirección:
- Localidad:
- Provincia:
- Código postal:

**Deseo ser notificado de forma electrónica** (téngase en cuenta que para acceder a la notificación electrónica será necesario que la PERSONA DEPENDIENTE o su REPRESENTANTE LEGAL disponga de un DNI electrónico o de uno de los certificados reconocidos por el Gobierno de La Rioja) y

DISPONGO de una dirección electrónica habilitada en el sistema de notificaciones electrónica del Gobierno de La Rioja.

NO DISPONGO de una dirección electrónica habilitada en el sistema de notificaciones electrónica del Gobierno de La Rioja por lo que solicito el alta en el referido sistema, señalando, a estos efectos, la siguiente dirección de correo electrónico para el aviso de la puesta a disposición de la notificación:

.....

SERVICIO DE TELEASISTENCIA – 20609.00

**D. MODALIDAD DE SERVICIO** (la elección del servicio deberá justificarse en el Informe Social)

**TELEASISTENCIA DOMICILIARIA FIJA**

LINEA TELEFÓNICA EN EL DOMICILIO:

Tipo de línea telefónica:	Número de teléfono:
<input type="checkbox"/> Línea fija convencional	
<input type="checkbox"/> Línea fija con tarjeta móvil (con caja de voz o duplicado de tarjeta)	
<input type="checkbox"/> Línea móvil (con caja de voz o duplicado de tarjeta)	

DISPOSITIVOS PERIFÉRICOS:

<input type="checkbox"/> Dispositivo adaptado a deficiencias visuales	<input type="checkbox"/> Sensor de apertura microondas
<input type="checkbox"/> Dispositivo adaptado a deficiencias auditivas	<input type="checkbox"/> Detector de monóxido de carbono
<input type="checkbox"/> Detector de caídas	<input type="checkbox"/> EPA KIT (Adaptador para usuarios con problemas de pulsación)
<input type="checkbox"/> Dispensador de medicación	<input type="checkbox"/> Cierre magnético de seguridad
<input type="checkbox"/> Detector de humos / fuegos	<input type="checkbox"/> Pulsador de alarma en pared
<input type="checkbox"/> Detector de gas	<input type="checkbox"/> Detector de paso por puerta
<input type="checkbox"/> Sensor de inundaciones	<input type="checkbox"/> Detector de presencia
<input type="checkbox"/> Sensor de temperatura	<input type="checkbox"/> Tirador de baño con alarma en caso de caída
<input type="checkbox"/> Detector de movilidad / pasividad	<input type="checkbox"/> Tensiómetro
<input type="checkbox"/> Sensor de ocupación cama	<input type="checkbox"/> Termómetro
<input type="checkbox"/> Sensor de ocupación sillón	
<input type="checkbox"/> Sensor de apertura frigorífico	

**TELEASISTENCIA MÓVIL**

**TELELOCALIZADOR**

**E. PERSONA DE CONTACTO** (sus datos serán cedidos a la entidad que en cada momento gestione el servicio)

Nombre y apellidos:	DNI/NIE:	
Domicilio (calle, núm,...):		
Localidad:	Provincia:	Código postal:
Email:	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:
Parentesco o relación con el solicitante:	Dispone de llaves del domicilio del solicitante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**F. DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR CON LA SOLICITUD**

- Fotocopia del Programa Individual de Atención que incluya el servicio de Teleasistencia.
- Informe Social correspondiente al servicio de Teleasistencia
- Fotocopia de la sentencia que declare la representación legal del solicitante o modelo de guardador de hecho (sólo si actúa a través del mismo).

### G. COMPROBACIÓN DE DATOS Y FIRMA DE LA SOLICITUD

De acuerdo con lo establecido en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se reconoce su derecho como interesado a no aportar documentos elaborados por cualquier Administración.

Los datos abajo relacionados serán objeto de consulta a las Administraciones Públicas, por la Dirección General de Dependencia, Discapacidad y Mayores, salvo que la persona interesada se oponga a la consulta, en cuyo caso, deberá indicarlo en la casilla correspondiente y tendrá que aportar la documentación que se indica.

DATO A CONSULTAR	ÓRGANO EMISOR	OPOSICIÓN A LA CONSULTA
Datos de identidad del solicitante	DGP	<input type="checkbox"/> ME OPONGO a la consulta y APORTO fotocopia del DNI del solicitante.
Datos de identidad del representante legal o guardador de hecho (si actúa a través del mismo)	DGP	<input type="checkbox"/> ME OPONGO a la consulta y APORTO fotocopia del DNI del representante o guardador de hecho.
Datos de dependencia	CCAA	<input type="checkbox"/> ME OPONGO a la consulta y APORTO fotocopia de la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia.
Datos de residencia	INE	<input type="checkbox"/> ME OPONGO a la consulta y APORTO certificado o volante de empadronamiento actual.
Datos de residencia legal (para solicitantes extranjeros)	Ministerio Política Territorial y Función Pública	<input type="checkbox"/> ME OPONGO a la consulta y APORTO fotocopia del permiso de residencia.

El servicio de Teleasistencia puede suponer la movilización de recursos, en ocasiones sanitarios, para la atención en el propio domicilio. La atención sanitaria se prestará con mayores garantías si el personal sanitario conoce los antecedentes médicos del personal a tratar. La movilización de recursos se realiza o se solicita por la entidad prestadora del servicio. ¿Da usted su consentimiento para que el informe de salud que ha presentado con su solicitud de reconocimiento de situación de la dependencia sea cedido a la entidad que en cada momento preste este servicio de teleasistencia?

**AUTORIZA a consultar su informe de salud de dependencia y que se traslade a la entidad que gestiona el servicio.**

NO AUTORIZA a consultar su informe de salud de dependencia y que se traslade a la entidad que gestiona el servicio.

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado de la obligación de comunicar a esta Consejería cualquier variación de los datos en ella expresados.

En ....., a.....de.....de 20.....

*Firma de la persona dependiente o su representante legal o guardador de hecho*

*(Si la persona dependiente firma con su huella dactilar, se requiere la firma de 2 testigos con indicación de su nombre, apellidos y DNI)*

|

## H. PROTECCIÓN DE DATOS

### **Responsable del tratamiento**

Dirección General de Dependencia, Discapacidad y Mayores – [dg.dependencia@larioja.org](mailto:dg.dependencia@larioja.org)  
C/ Villamediana nº17- 26071 Logroño (La Rioja)

### **Delegado de protección de datos**

Secretaría General Técnica de la Consejería de Hacienda y Administración Pública - [delegadapd@larioja.org](mailto:delegadapd@larioja.org)  
C/ Vara de Rey, 1 - 26003 Logroño (La Rioja)

### **Finalidad del tratamiento de sus datos**

Seguimiento y tramitación del procedimiento de acceso al servicio de teleasistencia del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y La Dependencia.

### **Tiempo de conservación de sus datos**

Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron.

### **Legitimación para el tratamiento de sus datos**

El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos, derivado de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y la Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. Los datos facilitados son necesarios para el cumplimiento de la finalidad del tratamiento y, por lo tanto, la no obtención de los mismos impide su consecución.

### **Comunicación de datos a terceros**

Sus datos podrán ser cedidos o comunicados a otros departamentos del Gobierno de La Rioja y al resto de Administraciones Públicas, al Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SISAAD) y a Sacyr Social, S.L.

### **Derechos cuando nos facilita sus datos personales**

Tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la Dirección General de Dependencia, Discapacidad y Mayores se están tratando o no sus datos personales y, en caso afirmativo, a acceder a los mismos, a solicitar la rectificación de los datos inexactos que le conciernan, o a solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos no sean necesarios para los fines que fueron recogidos o cuando los datos deban suprimirse en cumplimiento de una obligación legal.

Si concurren determinadas condiciones, el interesado podrá solicitar la limitación del tratamiento de los datos que únicamente serán conservados durante el tiempo necesario para la formulación, el ejercicio, o la defensa de las reclamaciones.

Asimismo, tiene derecho a reclamar la tutela de los derechos que la normativa sobre protección de datos de carácter personal le reconoce, ante la Agencia Española de Protección de Datos, <https://www.aepd.es>.

**SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD Y MAYORES**