SH76

120010

**SOLICITUD DE ACCESO A CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **☐** | NIF | | | | | **☐** | | NIE | | | | | | Nº de documento | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | | 1º Apellido | | | | | |  | | | | | | 2º Apellido | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | | |  | | | | | | | | |  | C.P. | |  | | | | | |  | Población | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | |  | | | | | |  | | Teléfono móvil | | | | | | |  | | |  | Correo electrónico | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| ☐ | | NIF | | | ☐ | | NIE | | | | Nº de documento | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |  |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | | 1º Apellido | | | | | |  | | | | | | 2º Apellido | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia | | |  | | | | | | | | |  | C.P. | |  | | | | | |  | | | Población | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | | |  | | | | | |  | | Teléfono móvil | | | | | | |  | | |  | | Correo electrónico | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| Horario preferente para recibir llamadas | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| Relación con el solicitante | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la **Dirección General de Mayores y Personas con Discapacidad,** con la finalidad de gestionar este procedimiento. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, Avda. de Francia nº 4, 45071 de 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).

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| EXPONE que cumple los requisitos exigidos por el Decreto 13/1999, de 16 de febrero, por el que se regula el procedimiento de acceso a Centros de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual. |
| SOLICITA (Tipo de Centro solicitado): |
| ☐ CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL |
| ☐ CENTRO OCUPACIONAL |
| ☐ CENTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE (CADIG) |
| ☐ RESIDENCIA DE VIVIENDA CON APOYO |
| Indique Centros de preferencia: |
| 1º.---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| 2º.---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| 3º.---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| 4º.---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** | | | | | | | |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  ☐ Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  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, ser objeto de sanción 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 Bienestar Social para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:  ☐ **SI ☐ NO:** Los acreditativos de identidad.  ☐ **SI ☐ NO:** La información de índole tributaria.  ☐ **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 * 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.  Documentación a aportar:  ☐ Certificado médico de no padecer enfermedad infecto contagiosa.  ☐ Solicitud de autorización judicial de internamiento en Centro residencial de personas incapacitadas o presuntamente incapaces    ☐ Certificado de empadronamiento donde conste la fecha de inscripción. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| En |  | a |  | de |  | de |  |

|  |
| --- |
|  |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL EN**