

FECHA SOLICITUD:

APSS / EXPTE.:

PERSONA CONTACTO / TELÉFONO:

## **DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITAR SERVICIO DE TELEASISTENCIA:**

Documentos a rellenar:

1-Anexo I. Solicitud firmada por el/la usuario.

2- Anexo II. Autorización firmada por el/la usuario.

3-Anexo III. Informe médico firmado y sellado por el/la médico del Centro de Salud.

4-Orden de domiciliación bancaria firmada por el/la usuario.

Todos estos documentos deben ir acompañados de:

1-Fotocopias DNI de los miembros de la unidad de convivencia.

2-Fotocopias de la Tarjeta Sanitaria de los miembros de la unidad de convivencia.

3-Declaración de la Renta ó Pensión de toda la unidad de convivencia.

4-Relación del entorno familiar con teléfonos a los que se puede llamar en caso de emergencia y detalle de quien tiene llave de la casa.

### *Relación del entorno familiar*

Nombre y apellidos	Dirección	Teléfono	Parentesco	Llaves (Si/No)

## **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

*Primera.*- Expedientes iniciados antes de la entrada en vigor de la presente Ordenanza.

Las solicitudes tramitadas y que estén pendientes de resolución, se resolverán por lo dispuesto en la Ordenanza anterior.

*Segunda.*- Aplicación de la nueva Ordenanza a las teleasistencias en vigor.

A las personas usuarias con anterioridad a la publicación de esta Ordenanza, les será de aplicación esta norma para las revisiones que sobre su situación se efectúe para su prórroga en el programa desde el momento en que adquiera vigencia.

## **DISPOSICION FINAL UNICA**

La Empresa adjudicataria deberá solicitar de la Agencia Española de Protección de Datos la autorización que corresponda para el tratamiento automatizado de los datos transmitidos por los Servicios Sociales Comunitarios y cumplir la normativa de protección de datos vigentes.

## **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

- Solicitud debidamente cumplimentada, fechada y firmada, Anexo I.
- Fotocopia DNI / NIE del solicitante titular y solicitante beneficiario, si lo hubiere.
- Fotocopia tarjeta sanitaria del solicitante titular y solicitante beneficiario, si lo hubiere.
- Autorización y compromisos Anexo II.
- Informe médico, del titular y solicitante beneficiario, si lo hubiere. Anexo III.
- Ficha usuario / informe social, Anexo IV.
- Justificantes de ingresos de la unidad de convivencia procedentes de pensiones, intereses bancarios, actividades económicas, nóminas, prestaciones sociales, etc.
- Resolución de grado de dependencia, y resolución de prestaciones y servicios del Sistema de Atención a la Dependencia, si las hubiere.
- Cualquier otro documento que se considere necesario para valorar la solicitud y el cumplimiento de los requisitos.
- Ficha de terceros, a nombre del solicitante, Anexo V.

Contra el presente acuerdo conforme al art. 19 del Texto Refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo, se podrá interponer por los interesados recurso contencioso-administrativo en el plazo de 2 meses contados a partir del día siguiente al de la publicación de este anuncio en BOP.

Todo ello, sin perjuicio de que pueda ejercitar cualquier otro recurso que estime más pertinente a su derecho.

Zaragoza a 9 de Noviembre de 2018

**ANEXO I. SOLICITUD DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA**

<b>DATOS DEL SOLICITANTE:</b>		
Nombre y Apellidos		DNI / NIF
DOMICILIO:		
MUNICIPIO	C.P	TELEFONO
<b>Datos del Representante:</b>		
Nombre y Apellidos		DNI / NIF
<b>EXPONE:</b>		
Que estimando reunir las condiciones para ser persona usuaria del Servicio de Teleasistencia.		
<b>SOLICITA:</b>		
Acogerse al Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, como titular, para lo que aporto los anexos y documentación requerida.		
<b>Asimismo manifiesta:</b>		
<p><b>Primero:</b> Que son ciertos todos los datos reflejados en esta solicitud y que acepto los compromisos que implica ser beneficiario del mismo.</p> <p><b>Segundo:</b> Quedo enterado de la obligación de comunicar a los Servicios Sociales Comunitarios y en su caso a la Diputación Provincial, cualquier variación en los datos declarados que puedan producirse en lo sucesivo.</p>		

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo:

(Firma solicitante/representante)

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se le informa que los datos recogidos serán tratados con estricta confidencialidad y se almacenarán en un fichero de datos de carácter personal, cuya finalidad es la gestión y tramitación de lo solicitado en esta instancia. Podrán ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a los Servicios Sociales o a la empresa prestadora, quienes darán traslado, en su caso a la Diputación Provincial de Zaragoza.

SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACION PROVINCIAL DE ZARAGOZA

## ANEXO II

D./D<sup>a</sup>..... con D.N.I nº..... y  
con domicilio en c/.....MUNICIPIO.....

A partir de la fecha de inicio de la prestación del servicio de Teleasistencia Domiciliaria:

**AUTORIZA** al personal de la empresa prestataria:

1.- A entrar en el domicilio, previo aviso de la visita para:

- Instalar el sistema.
- Comprobar, reparar o sustituir el equipo.
- Retirar todos o parte de los elementos del equipo.

2.- Ante una situación de alarma o emergencia, valorada libremente por el personal de la empresa:

- Entrar en su vivienda por el medio más adecuado a su alcance, ajustado a derecho, con la única finalidad de prestar la asistencia de emergencia.
- Solicitar a las entidades pertinentes que acudan y entren en la vivienda con el mismo fin de prestar la asistencia.

En ambos casos los gastos ocasionados serán por cuenta del usuario.

3.- A los Servicios Sociales de .....y a la Diputación Provincial de Zaragoza, al tratamiento de sus datos en ficheros informáticos y cesión de los mismos a la empresa adjudicataria para su exclusiva utilización en la gestión del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, así como a las administraciones Públicas para el desarrollo de sus competencias y funciones.

4.- A grabar las conversaciones que se realicen entre Usuario y Centro de Atención, para garantizar la eficaz prestación del Servicio. La grabación será destruida transcurridos, como máximo seis meses.

**RECONOCE** que el equipo instalado en su domicilio lo recibe en cesión personal e intransferible de uso.

**SE COMPROMETE** a la correcta utilización del servicio, a no alterar las instalaciones efectuadas para su conexión, a no ceder, grabar ni subrogar, bajo ningún concepto, el equipo instalado, a devolver el equipo en el plazo que determine Diputación.

Asimismo, a facilitar a personal acreditado de la empresa datos sanitarios, sociales y de accesos a la vivienda e instalaciones de servicios básicos (luz, agua, gas....).

Comunicar cualquier cambio en sus circunstancias que pueda tener incidencia en el mismo, como ausencias del domicilio, cambios unidad de convivencia, en su situación psicofísica y en sus ingresos.

Y a abonar la cantidad de .....euros/mes en aplicación de la Ordenanza de Precio Público de la Diputación Provincial de Zaragoza.

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

Fdo.:

ANEXO III

PROGRAMA DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

INFORME MÉDICO

(Se ruega sea cumplimentado por el médico de cabecera o médico de familia con letra clara y mayúsculas)

Nombre del usuario: .....

Profesional que emite el informe: Apellidos, nombre y número de colegiado: .....

.....

Centro de Salud: .....

En su defecto, número/s de teléfono de la consulta/urgencias: .....

Señalar con una X las enfermedades que padece:

- Enfermedad o déficits auditivos. Cuáles: .....
- Enfermedad o déficits visuales. Cuáles: .....
- Respiratorias. Cuáles: .....
- Cardiocirculatorias. Cuáles: .....
- Osteo-articulares (fracturas, reumáticas). Cuáles: .....
- Neuro-psiquiátricas. Cuáles: .....
- Genito-urinarias (incontinencias). Cuáles: .....
- Digestivas. Cuáles: .....
- Endocrinas (diabetes, etc.). Cuáles: .....
- Infecciones. Cuáles: .....
- Otras: .....
- ALERGIAS (si tiene): .....
- MEDICACIÓN (indicar la patología y dosis). Si se considera muy fundamental la toma de alguna medicación en concreto especificarlo, así como si sería conveniente el recordatorio de la misma al paciente)  
.....
- RIESGOS ESPECÍFICOS (si tiene):
  - Caídas
  - Pérdidas de conciencia
  - Posibles contagios
  - Otros (especificar cuáles): .....

\*Los datos que aquí figuran serán tratados de acuerdo con las garantías establecidas en la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Datos de Carácter Personal.

Considera que sus aptitudes ante las diferentes actividades cotidianas son las siguientes:

(Señale con una X en el recuadro correspondiente)

**VISIÓN**

- Ve bien
- No puede leer
- Ceguera total

**MOVILIDAD**

- Se mueve solo
- Necesita ayuda
- Necesita andadores, bastón o muletas
- Va en silla de ruedas

**RESPIRACIÓN**

- Respira bien
- Se cansa o le cuesta respirar
- Se ahoga a menudo
- Necesita oxigenoterapia esporádicamente

**AUDICIÓN**

- Oye bien (con o sin audífono)
- Hay que hablarle fuerte
- No oye

**HABLA**

- Se entiende bien
- Cuesta entenderle, un diálogo confuso, incoherente

**DESORIENTACIÓN**

- No se manifiesta
- Escucha, pero no comprende
- Problemas de memoria

**ESTADO ANÍMICO**

- Se siente bien
- Se siente solo
- Está deprimido

**OTROS:** Especificar: .....

.....

.....

**RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**OBSERVACIONES:** .....

.....

.....

.....

Fecha y firma



*Le informamos que la DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ZARAGOZA es responsable del tratamiento de los datos solicitados, con la finalidad de GESTIÓN TRIBUTARIA Y DE OTROS RECURSOS DE DERECHO PÚBLICO.*

*A tales efectos, los datos pueden ser cedidos a las entidades financieras que prestan servicios a la Diputación y también a las autoridades tributarias o a otros organismos públicos cuando sea necesario para dar cumplimiento de los trámites y las obligaciones que de ello se deriven.*

*Los datos facilitados se conservarán durante el tiempo necesario y en la forma prescrita para dar cumplimiento a las obligaciones contables y tributarias, así como a las instrucciones de gestión documental y archivo de la Diputación Provincial de Zaragoza.*

*Para garantizar la seguridad de los pagos, le solicitamos el consentimiento para verificar, con su entidad financiera, que usted es titular de la cuenta bancaria o que puede disponer de ella. En caso de no autorización, deberá acreditar la titularidad documentalmente.*

*Puede revocar el consentimiento en cualquier momento, aunque de hacerlo antes de la verificación con la entidad financiera, su solicitud quedará sin efecto mientras no aporte la documentación requerida.*

*Asimismo le informamos que podrá dirigirse a la Diputación Provincial de Zaragoza, Pza. España, núm. 2, 50071- Zaragoza con el fin de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y el resto de los derechos que le asisten, o en la dirección de correo electrónico [rgpd@dpz.es](mailto:rgpd@dpz.es).*

*Aunque por esta vía obtendrá la respuesta adecuada, si lo estima oportuno, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.*

*Puede consultar información adicional sobre política de privacidad en el siguiente enlace: <http://www.dpz.es/politica-de-privacidad>.*