Bizkaiko Foru Aldundia
Diputación Foral de Bizkaia

Gizarte Ekintza Saila
Departamento de Acción Social

SOLICITUD DE CAMBIO DE TITULAR DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA EN UN EXPEDIENTE MÚLTIPLE YA ABIERTO

1. DATOS DE LA NUEVA PERSONA TITULAR DEL SERVICIO (ANTERIORMENTE USUARIA DEL MISMO)

Apellido 1			Apellido 2					
Nombre		Mujer ☐ Hombre ☐	DNI		Estado civil			
Dirección			Bloque	N.º	Bis	Esc.	Piso	Mano	Puerta
Municipio	Código postal	Teléfono domicilio	Teléfono móvil	Teléfono trabajo	Correo electrónico			
Fecha de nacimiento			N.º Seguridad Social					
Médico/a que le atiende:			Centro de salud					

2. DATOS DE LA PERSONA QUE VA A PASAR DE SER TITULAR DEL SERVICIO A:

☐ **SER USUARIA DEL SERVICIO**

☐ **DARSE DE BAJA EN EL SERVICIO**

1.ª persona usuaria

Apellido 1		Apellido 2	
Nombre	Mujer ☐ Hombre ☐	DNI	Estado civil
Fecha de nacimiento	N.º Seguridad Social		
Médico/a que le atiende:		Centro de salud	

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, **LE INFORMAMOS** de que los datos recogidos en esta solicitud así como los que se deriven del procedimiento para la resolución de lo solicitado se integrarán en un fichero informatizado de carácter personal para su tratamiento. El responsable de dicho fichero es D. Iñigo Pombo Ortiz de Artiñano, Director General para la Promoción de la Autonomía Personal del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Usted tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección: camino de Ugasko n.º 3 bis, 48014 Bilbao.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que los datos que se integren en el fichero informatizado de carácter personal al que se refiere el párrafo anterior se utilicen para la producción de estadísticas e investigación científica y para el ejercicio de las funciones propias del Departamento de Acción Social derivadas de la normativa reguladora y legislación concordante relacionadas con la presente solicitud.

Asimismo **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que los datos reflejados en esta solicitud y en la documentación adjunta puedan ser cedidos al Departamento de Interior de Gobierno Vasco (SOS-Deiak), y a la entidad adjudicataria del desarrollo del servicio de teleasistencia de la Diputación Foral de Bizkaia.

AUTORIZO al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para realizar todas las consultas, así como para solicitar y facilitar datos e informes, al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) o a otras entidades sanitarias y administraciones públicas de naturaleza social, que fueran necesarias con relación a la situación sanitaria y social de las personas solicitantes.
Igualmente, **AUTORIZO** al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para realizar todas las consultas que fueran necesarias en los ficheros del Departamento Foral de Hacienda y Finanzas y en los correspondientes a otras agencias tributarias y en el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a fin de comprobar la situación económico-patrimonial de las personas solicitantes y realizar una correcta liquidación del precio público que, en su caso, me corresponda abonar.

(Todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.)

Asimismo, me comprometo a cumplir con las siguientes **OBLIGACIONES**:

- Facilitar correctamente los datos necesarios para la concesión y prestación del servicio de teleasistencia, así como responsabilizarme de su veracidad.
- Comunicar al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia cualquier variación en mis circunstancias personales, económico-patrimoniales y del núcleo convivencial que pudiera afectar a las condiciones de prestación del servicio.
- Facilitar el acceso a mi domicilio al personal de los recursos comunitarios que acudan a él ante una situación de emergencia.
- Facilitar al personal del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia o, en su caso, al personal de la entidad adjudicataria del desarrollo del servicio de teleasistencia de la Diputación Foral de Bizkaia, la entrada en mi domicilio, previo aviso de la visita, con la finalidad de proceder a la instalación, mantenimiento y retirada de los equipos, así como a la realización de actuaciones de seguimiento y comprobación de la situación sociosanitaria de riesgo que determina la prestación del servicio.
- No manipular ni alterar en modo alguno la instalación y programación del equipo de teleasistencia, así como mantenerlo en buenas condiciones de uso y utilizarlo de acuerdo con las instrucciones de uso recibidas.
- Abonar el correspondiente precio público por las prestaciones del servicio de teleasistencia recibidas de conformidad con la normativa foral que lo regula.
- Finalmente, entregar las llaves de mi domicilio a la persona o entidad que señale expresamente en la presente solicitud con la finalidad de facilitar la entrada en caso de emergencia.

En _____, a _____ de _____ de 20___

Firma de la persona solicitante (**nueva titular** del servicio, anteriormente usuaria del mismo)	Firma de la persona representante legal
Firma de la persona usuaria (**anterior titular** del servicio, ahora usuaria del mismo, en su caso)	Firma de la persona representante legal

(PARA QUE PRODUZCA EFECTOS LA SOLICITUD DEBE ESTAR DEBIDAMENTE FIRMADA POR LAS PERSONAS USUARIAS MENCIONADAS O POR SUS REPRESENTANTES LEGALES EN SU CASO.)

3. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

- Documento para la domiciliación bancaria del abono del precio público por el servicio de teleasistencia, a nombre del nuevo titular.

- En caso de cambio de titularidad por fallecimiento de la persona titular, la viuda o viudo que solicite el cambio de titularidad deberá aportar:
  - el certificado de la pensión de viudedad, así como certificado de cualquier otra pensión que hubiere sido modificada, ya que sus circunstancias económicas habrán variado y se tendrán en cuenta a efectos de precio público.
  - fotocopia de la nueva tarjeta individual sanitaria (TIS), en caso de que le hubieren modificado su número de la seguridad social.

Bizkaiko Foru Aldundia
Diputación Foral de Bizkaia

Gizarte Ekintza Saila
Departamento de Acción Social

DOCUMENTO PARA LA DOMICILIACIÓN BANCARIA DEL ABONO DEL PRECIO PÚBLICO POR EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Nombre y dos apellidos _____

_____

DNI _____ Teléfono _____

Domicilio _____

Población _____ Código postal _____

Autoriza a la Diputación Foral de Bizkaia a girar liquidaciones en concepto de pago del precio público por las prestaciones del servicio de teleasistencia a la siguiente cuenta:

Entidad financiera (código) | | | | |

Sucursal (código) | | | | |

Dígito de control | | |

Número de cuenta | | | | | | | | | | |

En _____, a _____ de _____ de 20

(Firma de la persona interesada) (Sello y firma de la entidad financiera)