



SOLICITUD DE CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA

(Cambio de domicilio, cambio de código IBAN, cambio de capacidad económica, cambio de cuidador, traslados de expediente entre Comunidades Autónomas y ampliación o reducción de la solicitud de Servicio de Atención Residencial)

Datos de la persona solicitante.

Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud. Escriba con claridad y letras mayúsculas.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DNI/NIF/NIE/	Número de expediente	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

TELEFONOS DE CONTACTO:

Es imprescindible que aporte un nº de teléfono de contacto, bien del propio solicitante o bien de familiares, vecinos u otras personas con las que poder gestionar la hora y día de citación en su entorno habitual.

Teléfono Fijo 1	Teléfono Fijo 2	Teléfono Fijo 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono móvil 1	Teléfono móvil 2	Teléfono móvil 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE. (Ver hoja de instrucciones para la representación del solicitante.)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DNI/NIF/NIE/	Fecha de Nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CSV Escritura de Representación

Representante en calidad de padre, madre o tutor de menor de 18 años Como representante voluntario

Como representante de un incapacitado judicial Como Guardador de Hecho

NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS. (Solo podrá acceder la persona dependiente o su representante debidamente acreditado.)

- Deseo ser notificado en papel a través del correo postal.
- Deseo ser notificado electrónicamente a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud o de cualquier otra que se tramite ante este Organismo Autónomo. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM:

**<https://sede.carm.es/> * apartado consultas * notificaciones electrónicas
o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.**

Asimismo autorizo al **ImaS**, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica:

- a través de un correo electrónico a la dirección de correo:

- a través de un SMS en mi teléfono:



Circunstancias que desea comunicar.

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE PROCEDA.

Cambio De Domicilio

DOMICILIO EN EL QUE RESIDE ACTUALMENTE.

(si está ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo Vía	Vía	Número	KM.	Bloque	Portal	Esc.	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio		Localidad			Código Postal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S..

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo Vía	Vía	Número	KM.	Bloque	Portal	Esc.	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio		Localidad			Código Postal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		

Cambio de Código IBAN.

Acompañe a esta solicitud certificado bancario, del mismo o de la libreta de ahorro, donde conste el nuevo código IBAN, y en el que deberá figurar la persona dependiente como titular con su D.N.I.

Cambio de capacidad económica

Motivo del cambio _____

Acompañe a esta solicitud los documentos que acrediten el cambio señalado.

Cambio de cuidador

Acompañe a esta solicitud el compromiso del cuidador Anexo a la presente, debidamente cumplimentado y firmado por el nuevo cuidador y la acreditación del parentesco.

Traslado de expediente a otra Comunidad Autónoma

Indique la Comunidad de destino _____

DOMICILIO AL QUE SE TRASLADA.

(si está ingresado en un centro residencial de forma permanente debe indicar como domicilio el del centro residencial, con independencia de que, si lo desea, pueda señalar otro domicilio diferente en el apartado domicilio a efectos de notificaciones)

Tipo Vía	Vía	Número	KM.	Bloque	Portal	Esc.	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio		Localidad			Código Postal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES.

En el domicilio que se consigne en esta casilla, se recibirán todas las notificaciones administrativas relativas a todos los procedimientos de los que Vd. sea interesado en el I.M.A.S..

Si no se señala ninguno, las notificaciones se remitirán al domicilio de residencia actual consignado.

Tipo Vía	Vía	Número	KM.	Bloque	Portal	Esc.	Planta	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Municipio		Localidad			Código Postal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		



Ampliación o reducción de la solicitud de Servicio de Atención Residencial.

(Solo si ya ha pedido anteriormente alguno de estos servicios y desea modificar su ámbito territorial.)

SERVICIO DE ATENCION RESIDENCIAL (Excepto Grado I)

Cualquier residencia de la Región.

Residencias del municipio de: _____

La/s residencia/s: _____

(Sólo se debe marcar una opción. En el caso de marcar dos opciones se considerará solicitado el ámbito geográfico menor)

En caso de NO existir plaza pública en los servicios marcados, ¿Solicita Prestación Económica Vinculada al Servicio solicitado?

SI NO

Declaración y firma de la solicitud.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

QUEDO ENTERADO/A DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR al órgano competente en materia de Dependencia y/o al Centro de Servicios Sociales correspondiente a mí domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, nivel de ingresos, etc. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará, por medios electrónicos, los siguientes documentos, excepto que expresamente se oponga a la consulta:

Datos de Identidad, residencia, defunción, matrimonio, nacimiento, discapacidad, pensiones no contributivas, catastro, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal y maternidad, nivel de renta, IRPF, vida laboral y desempleo. Copia simple de poderes notariales. Datos de salud y de servicios sociales.

[*] Me OPONGO* a la consulta

Firma del/la interesado/a sólo si se opone a la consulta

Así mismo, autorizo la cesión de datos de carácter personal de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, o a otras Administraciones o Entes públicos, para el ejercicio de sus competencias.

(*). En el caso de OPOSICIÓN a que el Órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos.

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

Fdo.:

DIRECTOR/A GENERAL DE PENSIONES, VALORACION Y PROGRAMAS DE INCLUSION.



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento de datos

Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)
GEAS-IMAS@listas.carm.es

Delegado de Protección de Datos

CENTRO REGIONAL DE SERVICIOS AVANZADOS S.A
dpd.imas@carm.es

Finalidad del tratamiento de datos

Cambio de circunstancias que han dado lugar al reconocimiento del derecho a las prestaciones del Sistema de dependencia.

Legitimación

REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos Artículo 9.2 h).

Destinatarios de cesiones de datos

Los datos se cederán a los Ayuntamientos de la Región de Murcia que tengan suscrito el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del IMAS y de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas de la Región de Murcia, para regular las condiciones y garantías en el intercambio electrónico de los datos en entornos

cerrados de comunicación, o a otras Administraciones o entes públicos, previa autorización de la cesión por el interesado.

Derechos del interesado

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736.

Procedencia de los datos

Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de la plataforma de interoperabilidad de la CARM con otras Administraciones Públicas y del Servicio Murciano de Salud en el caso de datos de salud.

Información adicional

Los datos que se pueden obtener son: de Identidad, residencia, defunción, matrimonio, nacimiento, discapacidad, pensiones no contributivas, catastro, prestaciones sociales públicas incapacidad temporal y maternidad, nivel de renta, IRPF, vida laboral y desempleo. Copia simple de poderes notariales. Datos de salud y de servicios sociales.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página URL:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m)

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD.

Presente con la solicitud todos los documentos que se indican, con ello evitará retrasos innecesarios.

Si no presenta todos los documentos exigidos, se solicitará que los subsane en el plazo de 10 días. Transcurrido este plazo sin haberlos presentado, se considerará que desiste de su petición y se archivará el expediente.

Se le recomienda consultar en su Centro de Servicios Sociales si vive en su domicilio o a los responsables del centro si vive en una residencia.

También puede informarse:

- Teléfono único de información de la C.A.R.M. : 968 362000 o 012.

- Página web: <http://www.carm.es>

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885\\$m&IDTIPO=100](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5878&RASTRO=c885$m&IDTIPO=100)

INSTRUCCIONES PARA LA REPRESENTACIÓN DEL SOLICITANTE

Si el solicitante es menor de edad o persona incapacitada judicialmente deberá firmar la solicitud quien ostente la



patria potestad o sea tutor legal, en cuyo caso habrá que aportar copia del libro de familia o documento acreditativo de la patria potestad o copia de la sentencia acreditativa de la tutela para el caso de las personas incapacitadas.

El solicitante siempre podrá otorgar representación voluntaria para todos los actos de Dependencia a quien considere oportuno haciéndolo constar ante notario o mediante comparecencia del solicitante con su DNI en cualquier ventanilla única de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Si el solicitante tiene limitada su capacidad física, conservando su capacidad intelectual podrá firmar todas las solicitudes y escritos de la Dependencia con su huella dactilar debidamente diligenciada por funcionario público que actúe en el ejercicio de sus funciones y quien dará fe de ser la del solicitante.

Si el solicitante tiene disminuida gravemente su capacidad intelectual o cognitiva y no se ha procedido a su incapacitación judicial, podrá actuar con carácter provisional y excepcional, mediante Guardador de Hecho para lo cual el que actúe como tal deberá firmar la solicitud indicando su nombre apellidos y número de D.N.I., debiendo comunicar en el Juzgado esta circunstancia a la mayor brevedad.

En estos casos si en el expediente no constan los informes que pongan de manifiesto la existencia de ésta pérdida de la capacidad para obrar del solicitante, se deberá de acompañar un informe médico en el que conste la enfermedad o circunstancia que impida, limite o anule la capacidad del mismo.