

**SOLICITUD DE SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL:
ATENCIÓN TEMPRANA o HABILITACIÓN FUNCIONAL DEL MADEX.**

TODOS LOS APARTADOS MARCADOS CON (*) SON OBLIGATORIOS. Lea las instrucciones adjuntas a la presente solicitud.

I. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA INTERESADA (*).

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE			DNI/NIE		
FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		
DOMICILIO DE RESIDENCIA (<i>Indique la dirección completa</i>)							
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	N.º	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	OTROS:
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA			
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO 1		TELÉFONO 2	
TIENE YA RECONOCIDO UN GRADO DE DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ GRADO ___% PROVINCIA DE RECONOCIMIENTO _____				TIENE YA RECONOCIDO UN GRADO DE DEPENDENCIA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ GRADO _____			

2. SERVICIO QUE SOLICITA (*): ATENCIÓN TEMPRANA HABILITACIÓN FUNCIONAL

3. MOTIVO DE SOLICITUD / DERIVACIÓN DESDE (*).

PROPIA INICIATIVA
 SISTEMA PÚBLICO SANITARIO
 SISTEMA PÚBLICO EDUCATIVO
 SERVICIOS SOCIALES
 ASOCIACIÓN O ENTIDAD PRIVADA DEL SECTOR
 SERVICIO PRIVADO DE SALUD
 CENTRO EDUCATIVO PRIVADO
 OTRO (*DETALLE*): _____
 NOMBRE DEL CENTRO O ENTIDAD (*DETALLE*): _____

4. ES / HA SIDO BENEFICIARIA DE SERVICIO, PRESTACIÓN O APOYO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (*).

[A] ATENCIÓN TEMPRANA: NO SÍ ⇒ ¿CUÁNDO? DESDE _____ | HASTA ___/___/____ o CONTINÚA
 - NOMBRE DEL CENTRO O ENTIDAD: _____

[B] HABILITACIÓN FUNCIONAL: NO SÍ ⇒ ¿CUÁNDO? DESDE _____ | HASTA ___/___/____ o CONTINÚA
 - NOMBRE DEL CENTRO O ENTIDAD: _____

[C] PR. ECONÓMICA VINCULADA DEPENDENCIA: NO SÍ ⇒ ¿CUÁNDO? DESDE _____ | HASTA ___/___/____ o CONTINÚA
 (1) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____ | (2) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____
 (3) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____ | (4) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____
 - NOMBRE DEL CENTRO O ENTIDAD: _____

[D] DEL SISTEMA SANITARIO: NO SÍ ⇒ ¿CUÁNDO? DESDE _____ | HASTA ___/___/____ o CONTINÚA
 (1) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____ | (2) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____
 (3) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____ | (4) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____
 - NOMBRE DEL CENTRO: _____

[E] DEL SISTEMA EDUCATIVO: NO SÍ ⇒ ¿CUÁNDO? DESDE _____ - HASTA ___/___/____ o CONTINÚA
 (1) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____ | (2) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____
 (3) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____ | (4) TERAPIA O TRATAMIENTO: _____ ~ HORAS/MES: _____
 - NOMBRE DEL CENTRO (SI ES DE EDUCACIÓN ESPECIAL, INDÍQUELO): _____

5. DATOS DE LA PERSONA QUE OSTENTE LA REPRESENTACIÓN.

(Consignar los datos solo en el supuesto de que la solicitud se firme por persona distinta a la interesada y presentar Anexo -A-)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE			DNI/NIE	
DOMICILIO DE RESIDENCIA (Indique la dirección completa)								
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA		N.º	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	OTROS:
LOCALIDAD			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA			
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO I		TELÉFONO 2		
RELACIÓN CON LA PERSONA INTERESADA			TIPO DE REPRESENTACIÓN (Adjunte documentación acreditativa)					
			<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL			<input type="checkbox"/> GUARDADOR/A DE HECHO		

6. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (Consignar obligatoriamente si difiere del indicado en el apartado 1)

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA		N.º	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	OTROS:
LOCALIDAD			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA			

AUTORIZACIONES DE LA PERSONA INTERESADA (*)

De conformidad con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en ausencia de oposición de la persona interesada, se procederá a verificar los datos que a continuación se relacionan, salvo que usted se oponga expresamente a que el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia realice dicha comprobación, en cuyo caso deberá aportar obligatoriamente la documentación acreditativa correspondiente:

- Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad/nacionalidad, mis datos de identidad personal. Por ello, apporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.
- Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de las Comunidades Autónomas mis datos sobre verificación y consulta de discapacidad. Por ello, apporto copia del documento expedido por el organismo público que tuviera atribuida la función del reconocimiento y calificación del grado de discapacidad.
- Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos, mis datos relativos al grado/grado y nivel de dependencia. Por ello, apporto resolución de grado/grado y nivel de dependencia.
- Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos, mis datos de domicilio o residencia. Por ello, apporto certificado actualizado de empadronamiento.

- Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de otros organismos públicos en materia de terrorismo, mis datos referentes a mi condición de víctima de terrorismo. Por ello, apporto certificado para acreditar esta condición.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, al tratarse de datos de carácter especial,

- AUTORIZO EXPRESAMENTE Y EN EXCLUSIVA** para que los profesionales del órgano competente del SEPAD comprueben de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos del Sistema Público Sanitario de Extremadura, mis datos referentes a mi estado de salud.

En caso contrario deberá aportar los informes médicos, psicológicos, de pruebas diagnósticas, etc., que avalen las condiciones de salud que puedan generar situaciones de discapacidad o su agravamiento, y que justifiquen la prescripción de servicios especializados de apoyo para promover la autonomía personal o prevenir el desarrollo, instauración o agravamiento de limitaciones en las actividades de la vida diaria.

Esta autorización únicamente es aplicable a las personas cuya cobertura sanitaria sea provista por el Servicio Extremeño de Salud. Por tanto, las personas cuya cobertura sanitaria sea provista por otras entidades privadas sanitarias deberán aportar en todo caso los informes referidos en el párrafo antecedente.

En _____, a ____ de _____ de _____.

Fdo. La persona interesada.

Fdo. La persona que ostenta la representación.

En caso de imposibilidad física de firma por parte de la persona interesada, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia del personal funcionario competente que la diligencie.

Es obligatorio comunicar al SEPAD cualquier variación que se produzca en las circunstancias de la persona interesada (solicitante), especialmente si afecta a los datos consignados en la solicitud, en un plazo máximo de 10 días naturales desde que tenga lugar el cambio de circunstancias. En caso contrario, podría incurrir en causa de incumplimiento de requisitos y podría motivar el archivo del procedimiento o, en su caso, la extinción del servicio o prestación.

ANEXO -A-

AUTORIZACIONES REPRESENTANTES LEGALES.

Si la solicitud es firmada por representante legal o representante voluntario de la persona interesada:

- Me opongo** a que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad/nacionalidad, mis datos de identidad personal. Por ello, aporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma de la persona que ostenta la representación de la persona interesada.

ANEXO -B-

**DECLARACIÓN DE LA PERSONA GUARDADORA DE HECHO
(REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA)**

SOLICITUD DE SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA O HABILITACIÓN FUNCIONAL DEL MADEX.
Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX)
(D.O.E. n.º 93, de 8 de agosto de 2006).

D./D.^a [] , mayor de edad, con DNI/NIE [] ,
fecha de nacimiento [] y domicilio en [] ,
de la localidad [] , C.P. [] , provincia de [] , con teléfonos de
contacto []

En calidad de [1] [] , a los efectos de poder representar ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
de la Junta de Extremadura, D./D.^a [] , mayor de
edad, con DNI/NIE [] , localidad de nacimiento [] , provincia de []
y con domicilio en [] , C.P. [] ,
de la localidad [] , provincia de []

DECLARA bajo su responsabilidad:

- 1.º Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona interesada, anteriormente citada, o actuará como representante voluntario/o.
- 2.º Que pondrá en conocimiento de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta Extremadura de forma inmediata cualquier cambio que, en relación con la custodia de dicha persona, puede acaecer en el futuro.

En [] , a [] de [] de 20 [] .

Fdo. []

[1] Indique parentesco con respecto a la persona a la que se representa voluntariamente (hijalo, sobrinalo, nueralyerno, etc.).

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

Antes de cumplimentar la solicitud de acceso al servicio lea detenidamente sus apartados.

Escriba con letras mayúsculas y adjunte los documentos que, en su caso, sean necesarios. Los campos con un asterisco () son obligatorios.*

I. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA INTERESADA.

- Consigne todos los datos de la persona interesada, esto es, de la persona para la cual se solicita el acceso al servicio de que se trate.
- Se aconseja que se faciliten dos teléfonos de contacto. **En todo caso, es obligatorio facilitar al menos un número de teléfono.**
- **Es obligatorio aportar debidamente cumplimentado** el documento de **Autorizaciones u oposición a la consulta y comprobación de datos de la persona interesada.**
- En caso de manifestación expresa en contrario para que los profesionales del SEPAD comprueben de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos Sanitarios del Servicio Extremeño de Salud, los datos referentes a su estado de salud, deberá aportar obligatoriamente junto con la solicitud, los informes que avalen las condiciones de salud que puedan generar situaciones de discapacidad o su agravamiento, y que justifiquen la prescripción de servicios especializados de apoyo para promover la autonomía personal o prevenir el desarrollo, instauración o agravamiento de limitaciones en las actividades de la vida diaria.

2. SERVICIO QUE SOLICITA.

- Marque con una cruz el servicio que proceda: **Atención Temprana** (0 a 6 años) o **Habilitación Funcional** (6 a 65 años).

3. MOTIVO DE SOLICITUD o DERIVACIÓN.

- Marque con una cruz la casilla que corresponda. En el supuesto de que la solicitud se presente a causa de una Derivación, marque con una cruz la casilla correspondiente (o, en su caso, informe el apartado "Otros") al Organismo, Centro o Entidad que promueve la Derivación al servicio e informe el nombre en el apartado procedente.

4. BENEFICIARIA DE SERVICIO, PRESTACIÓN O APOYO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL.

- **En todo caso, es obligatorio informar si la persona interesada es/ha sido, o no, beneficiaria** de las tipologías ([A] a [E]) de Servicio, Prestación o Apoyo para la Promoción de su Autonomía Personal recogidas en la solicitud. Por tanto:
 - Si la persona no ha sido beneficiaria de alguna/s de las 5 tipologías ([A] a [E]), marque la casilla **NO** en la/s que corresponda.
 - Si la persona ha sido o sigue siendo beneficiaria de alguna de las tipologías, marque la casilla **SÍ** y escriba la información requerida:
 - **¿CUÁNDO?:**
 - ~ **DESDE:** Indique la fecha completa. Si no dispone de ella, informe mes y año.
 - ~ **HASTA:** Si continúa siendo beneficiaria, marque la casilla **CONTINÚA** . Si **no**, indique la fecha completa de finalización.
 - **NOMBRE DEL CENTRO O ENTIDAD:** Escriba el nombre del centro o entidad provisor del servicio, prestación o apoyo.
 - En el supuesto de que existiere más de un centro o entidad provisor, escriba entre paréntesis el/los número/s (1, 2, etc.) de las tipologías de apoyo o tratamiento junto al nombre de cada centro o entidad.
 - En caso de ser o haber sido beneficiaria de ayuda económica o beca del Sistema Educativo [E] destinada a alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, indíquelo también en este apartado, escribiendo "Beca" seguido del n.º de opción (1, 2, etc.) en el que ha escrito la disciplina de apoyo informada.
 - **TERAPIA, TRATAMIENTO O TIPO DE APOYO** (solo opciones [C], [D] y [E]): Escriba el nombre de la/s disciplina/s terapéuticas, de tratamiento o apoyo recibidas.
 - **HORAS/MES** (solo opciones [C], [D] y [E]): Escriba el n.º de horas de tratamiento o apoyo al mes.

5. DATOS DE LA PERSONA QUE OSTENTE LA REPRESENTACIÓN LEGAL.

- Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud sea firmada por persona distinta de la persona interesada, por ostentar la condición de representante legal (adjunte documento acreditativo) o voluntario (cumplimente y aporte el documento del Anexo -B-).
- **En tal supuesto, además deberá presentar debidamente consignado el Anexo -A- de autorización u oposición a la consulta y comprobación de datos personales.**

6. DATOS DE NOTIFICACIÓN.

- Es obligatorio cumplimentar el domicilio de notificación si los datos son distintos a los indicados en el apartado I.

Para cualquier información que precise puede dirigirse a:

CADEX (BADAJOZ). <u>Dirección:</u> Avda. de la Independencia, 1. 06195, Badajoz. <u>Teléfonos:</u> 900 13 14 15 – 924 00 95 00 – 924 00 95 25. <u>Correo electrónico:</u> cadex.badajoz@salud-juntaex.es	CADEX (CÁCERES). <u>Dirección:</u> Plaza de Gante, 3. 10001, Cáceres. <u>Teléfonos:</u> 900 13 14 15 – 927 00 55 01. <u>Correo electrónico:</u> cadex.caceres@salud-juntaex.es
--	--

DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS. Se le informa que los datos facilitados en la presente solicitud serán tratados por la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, de conformidad con Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Responsable de la Junta De Extremadura: Director Gerente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Dirección: Avda. de la Américas 4. 06800 Mérida (Badajoz). Correo electrónico: dirgerencia.sepad@salud-juntaex.es. Teléfono: 924008530.

Finalidad con las que vamos a gestionar sus datos personales: Tramitación de los expedientes derivados del Capítulo II del Título V del Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (D.O.E. n.º 93, de 8 de agosto de 2006).

Legitimación para el tratamiento de sus datos: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. (RGPD: 6.1.c).

Tiempo que se van a mantener sus datos personales: Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de esta aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentos.

Destinatarios a los que se comunicará sus datos: Otros organismos u órganos de la Administración Pública, sin precisar el previo consentimiento de la persona interesada, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal, aunque deberemos informar de este tratamiento a la persona interesada, salvo las excepciones previstas en el artículo 14.5 del RGPD. De igual modo, a fin de garantizar la adecuada derivación y seguimiento de los apoyos proporcionados, se comunicarán los datos precisos a otras entidades públicas y privadas sin fin de lucro prestadoras del servicio de Atención Temprana y Habilitación Funcional.

Transferencias internacionales de datos: No están previstas transferencias internacionales de datos.

Sus derechos en relación con el tratamiento de datos: Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos, a acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado. En determinados supuestos podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso solo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.

En determinados supuestos puede ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos, que serán entregados en un formato estructurado, de uso común o lectura mecánica a usted o al nuevo responsable de tratamiento que designe.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Dispone de formularios para el ejercicio de este derecho elaborados por la Agencia Española de Protección de Datos.

El plazo máximo para resolver es de un mes, a contar desde la recepción de su solicitud, pudiendo ser prorrogado dos meses más atendiendo al volumen de reclamaciones presentadas o a la complejidad de la misma.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos y con la finalidad de mantener sus datos actualizados, le agradecemos que nos lo comunique debidamente por escrito.