



Datos de la persona representante o de la persona de referencia

008



A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL
INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL

Nombre, apellidos y DNI/NIF • NIE • Otro de la persona dependiente

1. Datos de la persona Representante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Escalera	Piso
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Puerta	
	<input type="text"/>	
C.P.	Municipio	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provincia /T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación con la persona interesada		
Representante legal	<input type="checkbox"/>	Guardador/a de hecho
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2. Datos de la persona de Referencia (A cumplimentar sólo si no se ha designado Representante legal o Guardador/a de hecho en el apartado 1 de este anexo)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Escalera	Piso
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Puerta	
	<input type="text"/>	
C.P.	Municipio	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Provincia	DNI/NIF • NIE • Otro
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio a efectos de notificaciones: Propio <input type="checkbox"/>		
Persona representante <input type="checkbox"/>		
Persona de Referencia <input type="checkbox"/>		

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes. Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de conformidad Persona Dependiente	Firma de la Persona Representante Legal	Firma de la Persona de Referencia	Firma del Guardador/a de hecho
---	--	--------------------------------------	-----------------------------------

Aviso legal LOPD: El Instituto Foral de Bienestar Social le informa de que los datos personales que Vd. aporta mediante el presente formulario, formarán parte de los correspondientes ficheros de Ayudas, Programas y Servicios y Centros, para la gestión de dichas ayudas, programas, servicios y centros propios de las áreas funcionales correspondientes del IFBS (Intervención Social, Personas con Discapacidad, Personas Mayores o Menor y Familia), para los que Vd. actúa en calidad de persona Representante legal, Guardadora de hecho o persona de Referencia en interés de la persona Beneficiaria del servicio o recurso económico o asistencial solicitado. Estos ficheros constan inscritos en el Registro de la AVPD y cuentan con las debidas medidas de seguridad.

El IFBS le informa asimismo de la posibilidad de comunicar sus datos personales a otras Administraciones Públicas, instituciones y organismos para la ejecución de competencias similares a las que ostenta el IFBS y que sean legalmente procedentes, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona interesada. Asimismo serán objeto de comunicación, aquellos datos personales que se deban transmitir a terceros en aquellos supuestos habilitados legalmente.

Para cualquier duda o comentario personal relativos al ejercicio de derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede dirigirse a las oficinas de atención al público del Instituto Foral de Bienestar Social, calle San Prudencio, 30, Vitoria-Gasteiz, donde deberá presentar copia de su DNI.