



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p><b>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea</b> <b>Instituto Foral De Bienestar Social</b></p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<div style="text-align: right; font-size: 24px; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">018</div> <p>Datos complementarios específicos relativos a la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales</p> <div style="background-color: #800040; height: 15px; width: 100%; margin-bottom: 10px;"></div>  <p style="text-align: right; font-weight: bold;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
--	--

**1. Datos de la persona solicitante**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
DNI/NIF • NIE • Otro		
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		

**2. Situación económica a efectos de deducción**

2.1. Pensión de Gran Invalidez	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.2. Pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.3. Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.4. Asignación económica por hija o hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo: Ingresos brutos anuales por dicho concepto	<input style="width: 80%; height: 25px;" type="text"/>

**3. Datos de la persona cuidadora no profesional**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>			
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil		
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>		
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad	Provincia /T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail			
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>			
Parentesco o relación con la persona solicitante	Titulación / Formación				
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>				

**4. Otros datos**

4.1. Es beneficiaria de un Servicio de Ayuda a Domicilio	Sí <input type="checkbox"/>	fecha <input style="width: 80%; height: 25px;" type="text"/>	No <input type="checkbox"/>
4.2. Se encuentra en centro residencial o institucional	Sí <input type="checkbox"/>	fecha <input style="width: 80%; height: 25px;" type="text"/>	No <input type="checkbox"/>
4.3. Es usuaria de Centro de Día, Centro Rural de Atención Diurna o Centro Ocupacional	Sí <input type="checkbox"/>	fecha <input style="width: 80%; height: 25px;" type="text"/>	No <input type="checkbox"/>

4.4. Perciben en su domicilio alguna otra prestación económica derivada de la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia Sí  fecha  No

4.5. ¿Convive la persona solicitante con la persona cuidadora no profesional? Sí  desde la fecha  No

4.6. ¿Se encuentran empadronadas en el mismo domicilio? Sí  desde la fecha  No

### 5. Declaración jurada

Me comprometo a mantener residencia efectiva en el Territorio Histórico de Álava al menos 8 meses al año.

#### 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 la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal \*

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho \*

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

\* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

---

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.  
 Así mismo, autoriza al Instituto Foral de Bienestar Social para realizar las intervenciones técnicas necesarias en domicilio, a fin de comprobar el cumplimiento de requisitos y realizar el seguimiento preciso de la idoneidad de esta prestación.  
 La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

## Información sobre protección de datos personales

Responsable	INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL C/ San Prudencio, 30, 01005 Vitoria-Gasteiz, Álava Tfno. 945 15 10 15 Email DPD: dpd_ifbs@araba.eus
Finalidad	<p>Los datos personales facilitados por Vd. (propios o de personas menores de 14 años, cuyo tratamiento autoriza expresamente como su representante legal), los obtenidos a través de terceros (otras personas/entidades públicas o privadas) y cualesquiera otros generados durante la relación que nos vincula con Vd., serán tratados por el INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL, al objeto de promover, fomentar y mejorar el bienestar social de la ciudadanía del Territorio Histórico de Álava (ámbito en el que este IFBS es competente) mediante la prestación de información, atención y apoyo a las personas y los colectivos vulnerables, acompañamiento a situaciones personales, familiares o sociales que requieren apoyo, mediante una valoración de la situación y orientación sobre los recursos, las prestaciones y los servicios más adecuados a las necesidades concretas. Se tratarán también sus datos para mantener el contacto y la comunicación con Vd.</p> <p>Asimismo, le informamos de que los datos obtenidos pueden ser tratados para la elaboración de perfiles en relación con el servicio o recurso solicitado.</p> <p>La categoría de datos objeto de tratamiento es: datos identificativos, de circunstancias sociales, de detalle de empleo, de características personales, económico financieros, datos de categoría especial y de servicios recibidos/suministrados.</p>
Derechos	Puede, cuando proceda, acceder, rectificar, suprimir u oponerse al tratamiento de sus datos; y a no ser objeto de decisiones únicamente automatizadas, así como a ejercitar el resto de sus derechos, como detallamos en nuestro <a href="#">apartado de Protección de Datos</a> en la web corporativa del IFBS.