**SOLICITUD DE ACCESO AL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA**

Código SIACI

Nº Procedimiento

120057

SLOY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL NIÑO O NIÑA** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1º Apellido: | |  | | | 2º Apellido: | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Fecha de Nacimiento |  | Niño |  | Niña | Nacionalidad: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | |  | C.P.: |  | |  | Población: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | Número de documento: | | | | | | | | |  | | | |  | Parentesco con el niño/a: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Hombre |  | Mujer | Nacionalidad: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | |  | | | | C.P.: | | |  | | | |  | | Población: | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | Teléfono móvil: | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la persona representante .** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas ).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](about:blank) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Discapacidad. |
| **Finalidad** | Gestión y tramitación de las solicitudes de acceso al servicio de atención temprana, así como la gestión de los datos estadísticos de las mismas. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha y la Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha). |
| **Destinatarias/os** | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica [https://rat.castillalamancha.es/info/](about:blank)2073 |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| Expone que de conformidad con lo establecido en el artículo 37.1.c) de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y en el artículo 38 de la Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha,  **SOLICITA:** El acceso al servicio de atención temprana |
| **Motivo de la solicitud:** |
| **Remitido al equipo de atención temprana del centro base desde:**  HOSPITAL ESCUELA INFANTIL  ☒  CENTRO DE SALUD SERVICIOS SOCIALES  OTROS:        **¿precisa la niña o niño asistencia sanitaria o cuidado específico?**  ☒  **NO**  ☒  **SÍ**   **¿CUÁL?**  ☒ |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaración RESPONSABLE:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería de Bienestar Social podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de residencia  En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.  **Autorizo** compartir información con otros equipos de profesionales implicados en la atención del niño o niña y su familia.  **Autorizo** compartir imágenes con el equipo de atención temprana para realizar la intervención en la modalidad de teleintervención, en su caso.  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social:  -  -  -  La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de este procedimiento y de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  Documentación a aportar:  Copia de Informes médicos, psicológicos, sociales y/o de otros equipos de profesionales, actualizados y relativos al motivo de la solicitud. |

En      a     de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**ORGANISMO DESTINATARIO CENTRO BASE DE**