



**COMPROMÍS DE PERMANÈNCIA I FORMACIÓ DEL
CUIDADOR NO PROFESSIONAL
COMPROMISO DE PERMANENCIA Y FORMACIÓN DEL
CUIDADOR NO PROFESIONAL**

A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN

DADES DEL CUIDADOR NO PROFESSIONAL / DATOS DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DENACIMIENTO	SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home Varón <input type="checkbox"/> Dona Mujer
NACIONALITAT / NACIONALIDAD	IDENTIFICADOR / IDENTIFICADOR <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> Passaport Pasaporte	Núm.: Nº:	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	NÚM. AFILIACIÓ A LA SEGURETAT SOCIAL Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

DADES DE LA PERSONA CUIDADA / DATOS DE LA PERSONA CUIDADA

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

B DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES

- Que tinc la residència legal a la Comunitat Valenciana i que no estic vinculat/ada a cap servei d'atenció professional.
- *Que tengo la residencia legal en la Comunidad Valenciana y que no estoy vinculado/a a ningún servicio de atención profesional.*
- Que dispo de temps suficient i em comprometo a prestar els meus servicis com a cuidador/a no professional durant un període mínim de 6 mesos continuats a partir de la data següent: _____ DATA / FECHA
- *Que dispongo de tiempo suficiente y me comprometo a prestar mis servicios como cuidador/a no profesional durante un periodo mínimo de 6 meses continuados a partir de la fecha siguiente:*
- Que el període anual de prestació de les cures és: Tot l'any Per mesos. Especifiqueu-ne: _____
- *Que el periodo anual de prestación de los cuidados es: Todo el año Por meses. Especificar*
- Que el període de temps mensual de dedicació prestada a la persona sol·licitant és:
- *Que el periodo de tiempo mensual de dedicación prestada a la persona solicitante es:*
 Entre 41 i 80 hores/mes Entre 81 i 160 hores/mes. Especifiqueu-ne hores concretes per mes: _____ Més de 160 hores/mes
Entre 41 y 80 horas/mes Entre 81 y 160 horas/mes. Especificar horas concretas por mes: Más de 160 horas/mes
- Que així mateix em comprometo a realitzar la formació necessària en matèria de cures a persones dependents.
- *Que asimismo me comprometo a realizar la formación necesaria en materia de cuidados a personas dependientes.*
- Que tinc la següent relació amb la persona beneficiària: Sense parentiu Amb parentiu (indiqueu-ne grau): _____
- *Que tengo la siguiente relación con la persona beneficiaria: Sin parentesco Con parentesco (indicar grado):*
- Convisc amb la persona dependent en el mateix domicili: Sí NO
- *Convivo con la persona dependiente en el mismo domicilio:*
- Que la meua situació laboral actual és: Jubilat o pensionista Amb prestació (subsidi) Amb prestació (desocupació)
- *Que mi situación laboral actual es: Jubilado o pensionista Con prestación (subsídío) Con prestación (desempleo)*
 Estudiant Desocupat: Sense prestació A mitja jornada A jornada completa
Estudiante Desempleado: Sin prestación Con prestación (subsídío) Con prestación (desempleo)
 Ama de casa Treballador per compte d'altri: A mitja jornada A jornada completa
Ama de casa Trabajador por cuenta ajena: A media jornada A jornada completa
 Autònom Altres (indiqueu-ne): _____
Autónomo Otros (indicar):
- Que m'obligue que quan es produïska una variació en la situació de la persona dependent que determine l'extinció de la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar, a comunicar per escrit a l'Àrea d'Atenció a la Dependència de la Conselleria de Benestar Social esta circumstància en el termini de 15 dies des que es produïska.
- *Que me obligo a que cuando se produzca una variación en la situación de la persona dependiente que determine la extinción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, a comunicar por escrito al Área de Atención a la Dependencia de la Consellería de Bienestar Social dicha circunstancia en el plazo de 15 días desde que se produzca.*

_____, ____ d _____ del _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

CJAAPP - IAC

DIN - A4