



**A DADES DE LA PERSONA TITULAR DE L'EXPEDIENT DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE DE DEPENDENCIA**

1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS RUIZ FERNANDEZ	NOM / NOMBRE MARIA JOSEFA	DNI / NIE 00351552C	Núm. SIP / Nº SIP 03403265
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) CL JOSE MARIA HARO, 47, 1º, 1ª		CP 46022	LOCALITAT / LOCALIDAD VALENCIA
PROVÍNCIA / PROVINCIA VALENCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS 648403229	E-MAIL juanmigomez64@gmail.com	

2.- DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior)
(Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior)

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS	E-MAIL

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO**

Compta amb una persona representant o persona de suport? ☐ Sí ☒ No
¿Cuenta con una persona representante o persona de apoyo?

(En cas afirmatiu, haurà d'omplir el document "Identificació de persones representants o de suport en el procediment de dependència", només si no l'ha aportat amb anterioritat)
(En caso afirmativo, deberá cumplimentar el documento "Identificación de personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia, solo si no lo ha aportado anteriormente)

**C DADES DE LA/LES PERSONA/ES CUIDADORA/ES
DATOS DE LA/LAS PERSONA/S CUIDADORA/S**

Si anteriorment tenia dos persones cuidadores i només canvia una d'elles, ha de complir les dades de la persona que roman i de la nova persona cuidadora proposada. / Si anteriormente tenía dos personas cuidadoras y solo cambia una de ellas, debe cumplimentar los datos de la persona que permanece y de la nueva persona cuidadora propuesta.

COGNOMS / APELLIDOS MELENDEZ	NOM / NOMBRE CLAUDIA ISABEL	DNI / NIE Z2198516C
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE

**D CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN**

Mitjançant la signatura del present document per part de la persona representant o persona de suport, si és el cas, s'autoritza perquè l'Administració realitzi la consulta de la següent informació d'aquesta persona representant o de suport:
Mediante la firma del presente documento por parte de la persona representante o persona de apoyo, en su caso, se autoriza para que la Administración realice la consulta de la siguiente información de esta persona representante o de apoyo:

Dades d'identitat de la persona representant o persona de suport
Datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo

Si desitja d'oposar-se, és imprescindible que indique els motius que ho justifiquen.

Si desea oponerse, es imprescindible que indique la consulta a la que se opone y los motivos que lo justifiquen.

☐ M'oposo a l'obtenció de les dades d'identitat de la persona representant o persona de suport.
Me opongo a la obtención de los datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo.

Motiu oposició:

Motivo oposición:

Si s'oposa a la consulta de les dades indicades, queda obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents. / Si se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

Se us informa que d'acord amb el que s'estableix en la disposició addicional huitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar les dades indicades en la present sol·licitud. / Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar aquellos datos manifestados en la presente solicitud.

La persona que signa declara, sota la seua responsabilitat, que les dades indicades en la present sol·licitud són certes.
La persona que firma declara, bajo su responsabilidad, que los datos indicados en el presente documento son ciertas.

VALENCIA, 05 d NOVIEMBRE de 2024

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La/les persona/es representant/s o persona/es de suport
La/s persona/s representante/s o persona/s de apoyo

Signatura:
Firma:

Signatura:
Firma: