



# PROGRAMA RESPIR PLUS

## 1. DATOS DE LA PERSONA USUARIA

Nombre:			
Apellidos:			
Fecha de nacimiento:	Edad:		
DNI/ Pasaporte:	Sexo:	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
Domicilio actual:	Nº:	Piso:	<input type="checkbox"/>
Población:	Código postal:		
Teléfono del domicilio:	Distrito		

## 2. DATOS FAMILIARES

Principal persona de referencia de la persona usuaria (**cuidador/a**)

Nombre:			
Apellidos:			
Fecha de nacimiento:	Edad:		
DNI/Pasaporte:	Sexo:	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M
Domicilio actual:	Nº:	Piso:	<input type="checkbox"/>
Población:	Código postal:		
Teléfono móvil:	Parentesco:		
Correo electrónico:			
¿Convive con la persona solicitante? Si la respuesta es afirmativa, recuerde que usted también debe firmar la presente solicitud.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

El contacto se efectuará mediante correo electrónico a la dirección facilitada:

Marque la casilla solo si desea recibir comunicaciones por correo postal:



## Referente de contacto a efectos de comunicación

(ÚNICAMENTE en caso de que sean diferentes del apartado anterior)

Nombre:

Apellidos:

Fecha de  
nacimiento:

Relación:

Sexo:

Dirección:

Nº:

Piso:

Población:

Código postal:

Teléfono móvil:

DNI/  
Pasaporte:

Correo electrónico

**3. VALORACIÓN DE DEPENDENCIA**

(Marque con una X la casilla correspondiente)

Grado I

Grado II

Grado III

No se le ha reconocido grado de  
dependencia ni se ha solicitado nunca

Valoración o revisión en trámite

**TIPO DE PRESTACIÓN SOLICITADA**

Tal y como especifican las bases de la presente convocatoria, la persona solicitante debe escoger en cual de las posibles opciones quiere disfrutar la prestación Respir Plus. No especificar que tipo de prestación se solicita puede ser motivo de invalidez de la presente solicitud.

Solicito la prestación RESPIR PLUS PARA ESTANCIAS RESIDENCIALES  
EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES

Número de días que solicita para disfrutar de la estancia de Respir

El límite de días solicitado será de 45, en caso de acreditar convivencia con el/la  
cuidador/a, y de 30, en caso contrario. No hay un periodo mínimo obligatorio de días.

Solicito la prestación RESPIR PLUS para SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PRIVADO



# DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS

## INGRESOS DE LA PERSONA USUARIA:

Es necesario especificar la suma total de TODOS los ingresos que percibe la persona solicitante, sea cual sea su procedencia (pensión, ayuda económica, rendimientos de inmuebles...)

Importe mensual	Número de pagas	Importe total anual
TOTAL		

## NÚCLEO DE CONVIVENCIA Y POSIBLES DEDUCCIONES

Indicar el número de personas convivientes

¿Cuántas de estas personas están a su cargo?  
(Que no tienen ingresos o que si tienen, son iguales o inferiores al IRSC)

¿Alguna de estas personas tiene certificado de discapacidad igual o superior al 33%?

SI

NO

¿La persona solicitante está obligada a pagar una pensión compensatoria y de alimentos entre cónyuges?

En caso de respuesta afirmativa es necesario presentar fotocopia de la sentencia de separación o divorcio donde conste el acuerdo económico

SI

NO

Se considerará persona a cargo:

- el cónyuge o conviviente estable en pareja,
- los ascendentes mayores de 65 años
- los descendientes o personas vinculadas por razón de tutela o acogida que tengan menos de 25 años o sean mayores de 25 y tengan un grado de discapacidad igual o superior al 33 %,

En cualquiera de las situaciones anteriormente mencionadas siempre que convivan con la persona usuaria y que no tengan ingresos o estos sean iguales o inferiores al IRSC (indicador de renta de suficiencia catalán para el año 2022 = 7.967,73 €/año).



---

**ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN Y DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE DATOS**

---

El/la señor/a [REDACTED]  
con DNI número [REDACTED] como persona usuaria y solicitante  
de la prestación, DECLARA que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

El/la señor/a [REDACTED]  
con DNI número [REDACTED] como representante legal o tutor, de  
la persona usuaria con DNI [REDACTED] y solicitante de la  
prestación del programa Respir Plus, DECLARA que los datos consignados en esta solici-  
tud son ciertos.

Fecha: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma de la persona usuaria o tutor legal

Firma de la persona cuidadora





### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO DE DATOS.

De acuerdo con el Reglamento general de protección de datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016) y la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos y garantía de los derechos digitales (BOE, n.º 294, de 6 de diciembre de 2018),

Ha recibido la información y dado su consentimiento expreso respecto a que sus datos se gestionen mediante el tratamiento "Atención social básica".

Las finalidades del tratamiento son las siguientes:

- La gestión de las competencias propias y delegadas en materia de servicios sociales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales; además de la gestión de otros servicios y prestaciones del sistema público de servicios sociales en Cataluña, incluidos en la cartera de servicios sociales (Decreto 142/2010, de 11 de octubre), ofrecidos por el Ayuntamiento de Barcelona, de acuerdo con la Ley municipal y de régimen local de Cataluña (Decreto legislativo 2/2003, de 28 de abril) y la Carta municipal de Barcelona 22/1998, de 30 de diciembre.
- Estadísticas, con el fin de obtener datos necesarios para la planificación de dichos servicios y prestaciones.

El responsable del tratamiento de sus datos es el Ayuntamiento de Barcelona.

Sus datos únicamente serán cedidos a otras administraciones públicas que lo requieran en el uso de sus competencias, previstas en una norma con rango de ley, para dar cumplimiento a las finalidades recogidas en el presente documento o a empresas que resulten adjudicatarias de servicios externalizados.

El consentimiento aquí otorgado podrá ser retirado en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a la retirada.

Sus datos se conservarán hasta la revocación de dicho consentimiento, hasta la finalización de la prestación o gestión de los servicios sociales ofrecidos por el Ayuntamiento de Barcelona o durante el plazo necesario para el cumplimiento de las obligaciones legales exigibles al Ayuntamiento de Barcelona.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición al tratamiento y solicitud de limitación, dirigiéndose por escrito al Registro General del Ayuntamiento (pl. Sant Jaume, 1, 08002 Barcelona), o bien mediante correo electrónico dirigido al delegado de Protección de Datos del Ayuntamiento de Barcelona, en la dirección delegat\_proteccio\_dades@bcn.cat.

Puede consultar información adicional sobre este tratamiento y protección de datos y obtener los formularios correspondientes en la web: [www.bcn.cat/ajuntament/protecciodades](http://www.bcn.cat/ajuntament/protecciodades) o [www.bcn.cat/ajuntament/protecciodades](http://www.bcn.cat/ajuntament/protecciodades).

Por lo que respecta al intercambio de datos y documentación entre este Ayuntamiento y otras administraciones, le informamos de lo siguiente:

- En el ejercicio de sus competencias propias y delegadas en materia de servicios sociales, el Ayuntamiento de Barcelona podrá comprobar, de oficio y sin consentimiento previo de las personas interesadas, los datos personales declarados por los solicitantes de las prestaciones reguladas por la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales, y por el decreto que aprueba la cartera de servicios sociales, y, si procede, los datos identificadores, la residencia, el parentesco, la situación de discapacidad o dependencia, el patrimonio y los ingresos de los miembros de la unidad económica de convivencia, con la finalidad de comprobar si se cumplen en todo momento las condiciones necesarias para la percepción de las prestaciones y en la cuantía legalmente reconocida, en virtud de lo previsto en la disposición adicional séptima de la Ley 2/2014, de 27 de enero, de medidas fiscales, administrativas, financieras y del sector público.

A efectos de lo que se establece en el apartado anterior, se entiende por *unidad económica de convivencia* la formada por la persona beneficiaria con su cónyuge o pareja de hecho y los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad que convivan en el mismo domicilio.

- Podrá acceder a sus datos de salud incluidos en la Historia Clínica (HCCC) del Servicio Catalán de Salud, en virtud de lo previsto en el art. 9.2.h del Reglamento general de protección de datos y en el art. 28.21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas (en su nueva redacción, dada por la disposición final duodécima de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos y garantía de los derechos digitales), con la finalidad de gestionar los servicios y prestaciones del sistema público de servicios sociales en Cataluña incluidos en la cartera de servicios sociales (Decreto 142/2010, de 11 de octubre), ofrecidos por el Ayuntamiento de Barcelona, de acuerdo con la Ley municipal y de régimen local de Cataluña (Decreto legislativo 2/2003, de 28 de abril) y la Carta municipal de Barcelona 22/1998, de 30 de diciembre.

Las personas que acceden a los servicios sociales, o sus representantes legales si son menores de 14 años, tienen el deber de facilitar datos personales, convivenciales y familiares veraces y presentar los documentos fidedignos que sean imprescindibles para valorar y atender la situación, en cumplimiento de lo previsto en el art. 13.1 a) de la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales.