

ANEXO II  
FORMULARIOS

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p><b>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</b></p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">005</div> </div> <h2 style="text-align: center;">Solicitud de acceso a Servicios Sociales</h2> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div> <p style="text-align: right; font-size: 10px;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>																											
<p><b>Datos de la persona solicitante</b></p> <p>Primer apellido <input style="width: 150px;" type="text"/> Segundo apellido <input style="width: 150px;" type="text"/> Nombre <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Fecha de Nacimiento (día, mes y año) <input style="width: 150px;" type="text"/> Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input style="width: 50px;" type="text"/> Estado Civil <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Domicilio (Calle / Plaza) <input style="width: 200px;" type="text"/> N° <input style="width: 20px;" type="text"/> Bloque <input style="width: 20px;" type="text"/> Escalera <input style="width: 20px;" type="text"/> Piso <input style="width: 20px;" type="text"/> Puerta <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>C.P. <input style="width: 30px;" type="text"/> Municipio <input style="width: 100px;" type="text"/> Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/> Provincia /T.H. <input style="width: 50px;" type="text"/> DNI/NIF • NIE • Otro <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Teléfono fijo <input style="width: 100px;" type="text"/> Teléfono móvil <input style="width: 100px;" type="text"/> E-mail <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>EXPONE que considera reunir los requisitos exigidos para solicitar:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Que su cónyuge o pareja de hecho es: <input style="width: 200px;" type="text"/> DNI/NIF • NIE • Otro <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>D./Dª <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>En caso de viudedad, fecha de fallecimiento de cónyuge o pareja de hecho:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																												
<p style="text-align: center; background-color: #cccccc;"><b>DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR</b></p> <p style="text-align: center; background-color: #800040; color: white;"><b>Rendimientos de trabajo y Rendimientos de actividades</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Descripción</th> <th style="width: 20%;">Importe Anual</th> <th style="width: 30%;">Perceptor/a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; background-color: #800040; color: white;"><b>Pensiones, Subsidios y Prestaciones</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Descripción</th> <th style="width: 20%;">Importe Anual</th> <th style="width: 30%;">Perceptor/a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pensión Viudedad</td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Pensión Jubilación</td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>PNC/FBS/LISMI</td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Otras (Especificar)</td> <td style="text-align: right;">€</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Descripción	Importe Anual	Perceptor/a		€			€			€		Descripción	Importe Anual	Perceptor/a	Pensión Viudedad	€		Pensión Jubilación	€		PNC/FBS/LISMI	€		Otras (Especificar)	€	
Descripción	Importe Anual	Perceptor/a																										
	€																											
	€																											
	€																											
Descripción	Importe Anual	Perceptor/a																										
Pensión Viudedad	€																											
Pensión Jubilación	€																											
PNC/FBS/LISMI	€																											
Otras (Especificar)	€																											

Eguzartzeke Habieta Dirección de comprobación  
<https://es.araba.eus/verp/portal/ConsultaCone>

Zurtagiaren z. Código de Verificación  
**4WLV-McIG-UM5a-QdCN**



DECLARACION JURADA DE INGRESOS Y BIENES ACTUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR				
Valores Mobiliarios				
Descripción	Posee	Importe/Saldo	Rendimiento	Titular
Libretas de Ahorro / Ctas. Corrientes		€	€	
Bonos, Deuda Pública, Letras...		€	€	
Fondos de Inversión...		€	€	
Acciones/obligaciones...		€	€	
Otros (especificar)		€	€	
Valores Inmobiliarios (vivienda habitual, casas, fincas urbanas o rústicas, usufructos...)				
Tipo	Descripción	V. Catastral	Rendimiento	Titular
		€	€	
		€	€	
		€	€	

Declaro no poseer ningún otro valor inmobiliario en la C.A. de Euskadi ni en otras Comunidades Autónomas de España.

Transmisiones, Donaciones				
Descripción	Fecha	Valor	Destinatario/a	
		€		
		€		
		€		

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.

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<h2>Informe de salud</h2> <p>para el reconocimiento de la situación de dependencia</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">006</p>  <p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
--	---

## 1. Datos de identificación de la persona

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	DNI/NIF • NIE • Otro
<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## 2. Enfermedades o problemas de salud actuales que le suponen una falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial:

Diagnóstico	Fecha	Código	Estable medicamento	Recuperable	
				NO	SI, con tratamiento
<b>Observaciones</b>					

## 3. Indicación de medidas de soporte terapéutico, funcional y/o productos de apoyo prescritos:

Breve descripción	La utiliza adecuadamente		Objeto principal de intervención actual			
	SI	NO	Rehabilitar	Prevenir	Mantener	No interviene
<b>Tratamiento farmacológico:</b>						
<b>Observaciones:</b>						

Egiazterako hobierako Direkzioaren konprobaketa  
<https://e.s.araba.eus/wps/portal/ConsultaCove>

Zurtagiriaren z. Código de Verificación  
**bin8-izyl-uH9f-YF5R**



4. Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si considera probable que la condición de salud actual de la persona pueda modificarse en los próximos 6 meses:

Se mantendrá más o menos igual  Mejorará  Empeorará

5. Entre las causas principales relacionadas con la aparición de dependencia, se encuentra una enfermedad mental, deterioro cognitivo o discapacidad intelectual:

SI  NO

En caso afirmativo, aporte informes del o de los especialistas certificando el diagnóstico y describiendo la situación actual de la persona en relación a la enfermedad, trastornos u otras condiciones de salud. Y si es posible, los test o pruebas que se hayan realizado para confirmar el diagnóstico o para determinar la severidad.

6. En caso de existir trastornos del comportamiento aporte información del especialista sobre la característica de los mismos.

7. Alguna patología le cursa por brotes: SI  NO

En caso afirmativo, reseñar e indicar número de ellos en el último año:

8. Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona que tengan que ver con la dependencia:

Informe emitido por:

Profesional

Fecha

Centro de Salud o Servicio

Teléfono

Código Postal

Municipio

Provincia/T.H.

Sello o etiqueta adhesiva

Firma y nº de Colegiado/a

**Aviso Legal LOPD**

Le recordamos que los datos contenidos en este informe de salud se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).

<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;">008</div> <h2 style="text-align: center;">Datos de la persona representante o de la persona de referencia</h2> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div>  <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>			
<p>Nombre, apellidos y DNI/NIF • NIE • Otro de la persona dependiente</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>				
<p><b>1. Datos de la persona Representante</b></p> <p>Primer apellido <input style="width: 25%;" type="text"/> Segundo apellido <input style="width: 25%;" type="text"/> Nombre <input style="width: 25%;" type="text"/></p> <p>Domicilio (Calle / Plaza) <input style="width: 40%;" type="text"/> N° <input style="width: 5%;" type="text"/> Bloque <input style="width: 5%;" type="text"/> Escalera <input style="width: 5%;" type="text"/> Piso <input style="width: 5%;" type="text"/> Puerta <input style="width: 5%;" type="text"/></p> <p>C.P. <input style="width: 5%;" type="text"/> Municipio <input style="width: 20%;" type="text"/> Localidad <input style="width: 20%;" type="text"/> Provincia / T.H. <input style="width: 10%;" type="text"/> DNI/NIF • NIE • Otro <input style="width: 10%;" type="text"/></p> <p>Teléfono fijo <input style="width: 20%;" type="text"/> Teléfono móvil <input style="width: 20%;" type="text"/> E-mail <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p>Relación con la persona interesada</p> <p>Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador/a de hecho <input type="checkbox"/></p>				
<p><b>2. Datos de la persona de Referencia (A cumplimentar sólo si no se ha designado Representante legal o Guardador/a de hecho en el apartado 1 de este anexo)</b></p> <p>Primer apellido <input style="width: 25%;" type="text"/> Segundo apellido <input style="width: 25%;" type="text"/> Nombre <input style="width: 25%;" type="text"/></p> <p>Domicilio (Calle / Plaza) <input style="width: 40%;" type="text"/> N° <input style="width: 5%;" type="text"/> Bloque <input style="width: 5%;" type="text"/> Escalera <input style="width: 5%;" type="text"/> Piso <input style="width: 5%;" type="text"/> Puerta <input style="width: 5%;" type="text"/></p> <p>C.P. <input style="width: 5%;" type="text"/> Municipio <input style="width: 20%;" type="text"/> Localidad <input style="width: 20%;" type="text"/> Provincia <input style="width: 10%;" type="text"/> DNI/NIF • NIE • Otro <input style="width: 10%;" type="text"/></p> <p>Teléfono fijo <input style="width: 20%;" type="text"/> Teléfono móvil <input style="width: 20%;" type="text"/> E-mail <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p>Domicilio a efectos de notificaciones: Propio <input type="checkbox"/> Persona representante <input type="checkbox"/> Persona de Referencia <input type="checkbox"/></p>				
<p><b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b></p> <p>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.</p>				
<p>En <input style="width: 20%;" type="text"/> a <input style="width: 5%;" type="text"/> de <input style="width: 20%;" type="text"/> de 20 <input style="width: 5%;" type="text"/></p>				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: bottom;">Firma de la persona Representante legal</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: bottom;">Firma de la persona de Referencia</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: bottom;">Firma del Guardador/a de hecho</td> </tr> </table>		Firma de la persona Representante legal	Firma de la persona de Referencia	Firma del Guardador/a de hecho
Firma de la persona Representante legal	Firma de la persona de Referencia	Firma del Guardador/a de hecho		
<p><b>Aviso legal LOPD:</b> El instituto Foral de Bienestar Social le informa de que los datos personales que Vd. aporta mediante el presente formulario, formarán parte de los correspondientes ficheros de Ayudas, Programas y Servicios y Centros, para la gestión de dichas ayudas, programas, servicios y centros propios de las áreas funcionales correspondientes del IFBS (Intervención Social, Personas con Discapacidad, Personas Mayores o Menor y Familia), para los que Vd. actúa en calidad de persona Representante legal, Guardadora de hecho o persona de Referencia en interés de la persona Beneficiaria del servicio o recurso económico o asistencial solicitado. Estos ficheros constan inscritos en el Registro de la AVPD y cuentan con las debidas medidas de seguridad.</p> <p>El IFBS le informa asimismo de la posibilidad de comunicar sus datos personales a otras Administraciones Públicas, instituciones y organismos para la ejecución de competencias similares a las que ostenta el IFBS y que sean legalmente procedentes, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona interesada. Asimismo serán objeto de comunicación, aquellos datos personales que se deban transmitir a terceros en aquellos supuestos habilitados legalmente.</p> <p>Para cualquier duda o comentario personal relativos al ejercicio de derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede dirigirse a las oficinas de atención al público del Instituto Foral de Bienestar Social, calle General Álava, 10, 5ª planta, Vitoria-Gasteiz, donde deberá presentar copia de su DNI.</p>				

Egiazterako habildatzailearen zuzenbidea: <https://e.s.araba.eus/wps/portal/ConsultaCove>

Zurtagiriaren zk. Código de Verificación  
JScw-rTZI-Xb59-iiWP



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p><b>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea</b> <b>Instituto Foral De Bienestar Social</b></p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<h1>Formulario de consentimiento</h1> <h1>010</h1>  <p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
--	---

D. / Dña. \_\_\_\_\_

DNI/NIF • NIE • Otro \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/a y en consecuencia consiento en:

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.....

**Aviso Legal LOPD**  
Le recordamos que los datos contenidos en este formulario se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).

Egiazterako helbidea: Dirección de comprobación  
<https://e.s.araba.eus/wps/portal/ConsultaCove>

Zurtagiriaren zk. Código de Verificación  
**YVX-IJLW-YAZ7-X6IJ**



<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<p><b>Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social</b> <b>012</b></p> <p>Para recabar, utilizar y/o transmitir datos de carácter personal.</p>
--	---

- La/las persona/s abajo firmante/s, autoriza/n al Instituto Foral de Bienestar Social a utilizar datos aportados por la propia persona solicitante y a recabar y utilizar datos de carácter personal procedentes de ficheros existentes en otras Administraciones Públicas para la tramitación del reconocimiento de la situación de dependencia y/o exclusión social y/o la calificación de discapacidad y/o el reconocimiento de la existencia de trastornos del desarrollo o del riesgo de padecerlos, que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona que figura en el apartado A, de la presente autorización.
- La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n al Instituto Foral de Bienestar Social, a recabar y utilizar datos de carácter personal procedentes de ficheros existentes en otras Administraciones Públicas y, en particular para solicitar del Departamento de Hacienda de la Diputación Foral de Alava, la información de naturaleza tributaria que se precise, y que sea legalmente procedente, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona que figura en el apartado A. de la presente autorización.
- Se autoriza al Instituto Foral de Bienestar Social, y a los mismos efectos, a solicitar de cualquier otro Organismo de la Administración de Estado, Autonómica o Local, la información de igual naturaleza que la anterior, que obre en dichas Administraciones. En particular para solicitar a la Tesorería de la Seguridad Social la información relativa a la comprobación del cumplimiento de las obligaciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que correspondan a la persona que ejerza de asistente personal.
- El IFBS le informa asimismo de la posibilidad de comunicar sus datos personales a otras Administraciones Públicas, instituciones y organismos públicos para la ejecución de competencias similares a las que ostenta el IFBS y que sean legalmente procedentes, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona interesada. Asimismo serán objeto de comunicación, aquellos datos personales que se deban transmitir a terceros en aquellos supuestos habilitados legalmente.
- Vd. autoriza a este Instituto Foral – con la firma del presente documento – a tratar e intercambiar con la persona designada como su representante legal o guardadora de hecho o representante voluntario, aquella información que sea estrictamente necesaria, incluidos datos de salud e historia clínica, en su caso, para una correcta prestación del recurso social o económico solicitado, previa valoración efectuada por el organismo foral.
- Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros de Ayudas, Programas y Servicios y Centros y residencias, para la gestión de dichas ayudas, programas, servicios y centros propios del área de Personas con Discapacidad, Intervención Social, Menor y Familia y Personas Mayores, respectivamente, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas que las expresadas; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Estos ficheros constan inscritos en el registro de la AVPD y cuentan con las debidas medidas de seguridad.
- Para cualquier duda o comentario personal relativos al ejercicio de derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede dirigirse a las oficinas de atención al público de Instituto Foral de Bienestar Social, c/General Alava, 10, 5ª planta, Vitoria-Gasteiz, donde deberá presentar copia de su DNI.

Egitarazeko habildatutako Direccion de comprobación  
<https://e-araba.eus/wps/portal/ConsultasCoe>

Zurtagiriaren zk. Código de Verificación  
mKX7-4kRW-uVCK-IYZh



**A. Datos de la persona solicitante/beneficiaria para la tramitación del expediente y/o para el reconocimiento y/o mantenimiento de las prestaciones, ayudas, y servicios sociales que otorga autorización.**

Apellidos y nombre	DNI/NIF NIE Otro
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**B. Datos del resto de personas de la unidad familiar de la persona solicitante/beneficiaria para el reconocimiento y/o mantenimiento de las prestaciones, ayudas y servicios sociales que también prestan autorización (sólo mayores de 18 años, o menores que perciban rentas).**

DNI/NIF NIE Otro	Apellidos y nombre	Vínculo con la persona solicitante o beneficiaria	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En  a  de  De 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante Legal \*

Indicar nombre, apellidos y DNI con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho /Representante Voluntario

Indicar nombre, apellidos y DNI con letra legible

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

**Nota Informativa en relación con la Autorización**

Las personas que han de prestar la Autorización son, además de la solicitante, las integrantes de su Unidad Familiar, quienes han de coincidir con las que están comprendidas en la Declaración Jurada que se incluye en la solicitud. La Autorización concedida tendrá validez mientras la persona indicada en el apartado "A" sea beneficiaria de la prestación, ayuda y/o servicios sociales solicitados, pudiendo cada firmante revocar su propia autorización en cualquier instante, mediante escrito dirigido al Instituto Foral de Bienestar Social. En el caso de que a la unidad familiar se incorporen nuevos miembros mayores de 18 años, o alguna de las personas que no prestó autorización cumpla 18 años, o siendo menor de 18 años pase a percibir rentas, es necesario ampliar la Autorización por parte de éstas, a los efectos previstos, comunicando tal circunstancia al Instituto Foral de Bienestar Social.

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p><b>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea</b> <b>Instituto Foral De Bienestar Social</b></p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<h2>Informe de salud mental</h2> <p>(en supuestos de valoración de dependencia en personas con trastorno mental)</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">034</p>  <p>A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
--	---

## 1. Datos de identificación de la persona

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	Sexo	DNI • NIE • Pasaporte
<input type="text"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## 2. Diagnósticos clínicos:

Diagnóstico Actual	Fecha del diagnóstico	Codificación CIE 10

  

Diagnósticos Previos	Fecha del diagnóstico	Codificación CIE 10

## 3. Curso y Evolución actual de la Enfermedad:

## Descripción del cuadro

## Evolución en el último periodo

(Estabilidad clínica, nº de recaídas/hospitalizaciones en el último año, riesgos ante recaídas ...)

Egiaztatzeko helbidea: Dirección de comprobación  
<https://e.s.araba.eus/wps/portal/ConsultaCove>

Zuzartzearen z. k. Código de Verificación  
**y7Wc-6bsh-JLHD-8vHj**



## 4. Tratamiento actual y adherencia al mismo:

<b>Psicofarmacológico</b>			
<b>Psicoterapéutico</b>			
<b>Adherencia</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Cumplimiento</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Supervisión</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Especificar:

## 5. Información complementaria:

<b>Otras alteraciones</b>			
<b>Existe conciencia de Enfermedad</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Existen alteraciones Conductuales</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Especificar:			

<b>Hay consumo de sustancias tóxicas (Alcohol / Drogas)</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Deterioro cognitivo permanente</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Especificar funcionamiento cognitivo ( <i>Habilidades conservadas vs deficitarias, memoria, atención, comprensión, coordinación psicomotora, orientación, planificación...</i> ):			

6. Otras observaciones de interés (*contactos, amigos, implicación emocional en las relaciones...*):

7. Resultados de escalas y pruebas practicadas en la evaluación psiquiátrica y/o psicológica:

Informe emitido por:

D/D<sup>a</sup>

Facultativo dependiente de:

Fecha, firma y N<sup>o</sup> de colegiado

**Aviso Legal LOPD**

Le recordamos que los datos contenidos en este informe de salud se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<p>Modelo de Representación Voluntaria <b>048</b></p> <hr/> <p><b>* F48 *</b> A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
--	---

**Otorgamiento de la representación****1. Datos de la persona Otorgante**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia /T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. Datos de la persona representante. A los efectos de poder ejercer su representación ante el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia/T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio a efectos de notificaciones:

Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia/T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**3. Otorga representación para que actúe ante los servicios de:**

Recibir notificaciones  Formular una solicitud  Interponer un recurso   
 Desistir de acciones  Otros

En el caso de marcar **OTROS** se faculta a la persona representante para ejercitar las siguientes facultades o funciones: facilitar la práctica de cuantas actuaciones sean precisas para la instrucción del expediente, aportar cuantos datos y documentos se soliciten o se interesen, recibir todo tipo de comunicaciones, presentar escritos y alegaciones, suscribir diligencias y otros documentos que pueda extender el órgano competente y, en general, realizar cuantas actuaciones correspondan a la persona representada en el curso de dicho procedimiento.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

En  a  de  de 20

Firma de la persona otorgante

Firma de la persona representante

**Aviso legal LOPD:** El instituto Foral de Bienestar Social le informa de que los datos personales que Vd. aporta mediante el presente formulario, formarán parte de los correspondientes ficheros de Ayudas, Programas y Servicios y Centros, para la gestión de dichas ayudas, programas, servicios y centros propios de las áreas funcionales correspondientes del IFBS (Intervención Social, Personas con Discapacidad, Personas Mayores o Menor y Familia), para los que Vd. actúa en calidad de persona Representante legal, Guardadora de hecho o persona de Referencia en interés de la persona Beneficiaria del servicio o recurso económico o asistencial solicitado. Estos ficheros constan inscritos en el Registro de la AVPD y cuentan con las debidas medidas de seguridad.

El IFBS le informa asimismo de la posibilidad de comunicar sus datos personales a otras Administraciones Públicas, instituciones y organismos para la ejecución de competencias similares a las que ostenta el IFBS y que sean legalmente procedentes, para el reconocimiento y mantenimiento de las prestaciones, ayudas y/o servicios sociales que se hayan solicitado y tengan como beneficiaria o posible beneficiaria, a la persona interesada. Asimismo serán objeto de comunicación, aquellos datos personales que se deban transmitir a terceros en aquellos supuestos habilitados legalmente.

Para cualquier duda o comentario personal relativos al ejercicio de derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede dirigirse a las oficinas de atención al público del Instituto Foral de Bienestar Social, calle General Álava, 10, 5ª planta, Vitoria-Gasteiz, donde deberá presentar copia de su DNI.