



**INSTITUTO MUNICIPAL
DE SERVICIOS SOCIALES**

**C/ San Lorenzo, 25
06002 – Badajoz**

**Tel.: 924 21 00 00
Fax: 924 21 01 10**

D/Dña: _____

Ha solicitado el alta en el Servicio de Teleasistencia. Para el acceso al Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, es imprescindible facilitar al IMSS los datos de al menos una persona de su entorno, dispuesta a colaborar en caso necesario con el Servicio, por lo que han contado con usted.

La Teleasistencia es un servicio de carácter social ofrecido por el Ayuntamiento de Badajoz, cuyo objetivo es favorecer la permanencia de la persona usuaria en su entorno de forma segura. A través de la línea telefónica y un sistema de telecomunicaciones específico, la Teleasistencia permite que la persona usuaria pueda solicitar ayuda ante cualquier eventualidad, durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Es necesario contar con una serie de recursos que, de forma puntual, puedan acudir y colaborar ante la detección de determinadas incidencias o recibir/aportar información relevante y entre ellos están, sin duda alguna, los familiares, amigos, vecinos y profesionales que forman parte del entorno más cercano de las personas usuarias, y que son los encargados del bienestar y cuidado de las mismas.

Por todo esto, es imprescindible conocer los datos personales que se solicitan en la ficha que figura a continuación. Y de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, todos aquellos cuyos datos se recaban quedan informados y aceptan que con su firma autorizan:

- A que los datos que nos están facilitando voluntariamente y los que se generen con posterioridad, se incorporen a un fichero de datos de carácter personal, responsabilidad del IMSS, cuyo tratamiento se realizará tanto directamente por el mismo, como a través de la empresa adjudicataria del servicio, proveedores y entidades cuya intervención deba concertar para la correcta prestación del servicio de Teleasistencia, y que tiene por finalidad la prestación y gestión de las incidencias del referido servicio.
- A que sus datos sean cedidos a aquellos recursos y servicios en la medida en que resulte necesario para cumplir la legislación vigente o para hacer frente a una posible situación de emergencia.
- Y, a tener por garantizada la veracidad de los datos personales que facilita al IMSS y se hace responsable de comunicarle cualquier modificación en los mismos.

Ficha Persona de Contacto

Nombre y Apellidos: _____

DNI: Pasaporte: Tarjeta Residencia: **Número:** _____

Dirección: _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____ **C.P.:** _____

Tlf móvil: _____ **Tlf casa:** _____ **Tlf trabajo:** _____

Relación con la persona usuaria: _____ ¿ Tiene llaves de su domicilio? _____

Otros teléfonos de personas y/o familiares que podrían ofrecer apoyo en caso de necesidad:

Nombre Apellidos: _____

Teléfono: _____ **Relación con la persona usuaria:** _____

Nombre y Apellidos: _____

Teléfono: _____ **Relación con la persona usuaria:** _____

Firma de la Persona de contacto*:

Lugar y Fecha: _____