

**SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS  
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero**

(Antes de cumplimentar los datos lea las instrucciones)

**I. PRESTACIONES QUE SOLICITA**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>ASISTENCIA SANITARIA Y PRESTACIÓN FARMACÉUTICA</b>                | <input type="checkbox"/> |
| <b>SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y COMPENSACIÓN POR GASTOS DE TRANSPORTE</b> | <input type="checkbox"/> |

**II. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA**

**1. Datos personales**

|   |  |                  |  |   |                 |                            |                    |        |               |
|---|--|------------------|--|---|-----------------|----------------------------|--------------------|--------|---------------|
| PRIMER APELLIDO   |  | SEGUNDO APELLIDO |  | NOMBRE  |                 |                            | Núm. D.N.I./N.I.E. |        |               |
| FECHA NACIMIENTO<br>Día   Mes   Año   |  |                  | SEXO<br>Hombre <input type="checkbox"/>   Mujer <input type="checkbox"/> |   | NACIONALIDAD/ES |                            | ESTADO CIVIL       |        |               |
| DOMICILIO (Calle / Plaza)   |  |                  |  | Nº  | Bloque          | Escalera                   | Piso               | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD   |  |                  |  | PROVINCIA   |                 |                            |                    |        |               |
| TELÉFONO  |  |                  |  | CORREO ELECTRÓNICO  |                 |                            |                    |        |               |
| ¿TIENE ASISTENCIA SANITARIA?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |                  |  | Asegurado <input type="checkbox"/><br>Beneficiario <input type="checkbox"/> |                 | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL |                    |        |               |

**2. Medio de notificación**

|  |  |  |  |           |        |          |      |        |               |
|--|--|--|--|-----------|--------|----------|------|--------|---------------|
| <b>DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</b><br>(cumplimentar solo si es distinto al indicado en el apartado I.1)  |  |  |  |           |        |          |      |        |               |
| DOMICILIO (Calle / Plaza)  |  |  |  | Nº        | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD  |  |  |  | PROVINCIA |        |          |      |        |               |
| <input type="checkbox"/> Indique EN LETRA LEGIBLE la dirección de correo electrónico en el que desea recibir las notificaciones electrónicas, en su caso.<br>CORREO ELECTRÓNICO: |  |  |  |           |        |          |      |        |               |
| <input type="checkbox"/> Deseo ser notificado en papel   |  |  |  |           |        |          |      |        |               |

### 3. Datos de la discapacidad o enfermedad crónica

¿Tiene reconocido grado de discapacidad? Sí  No

Si la respuesta ha sido afirmativa indique:

Provincia: \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ % Agravamiento

Si la respuesta ha sido negativa se le informa que:

1. En base a esta solicitud que usted formula se procederá a valorar y reconocer el grado de discapacidad de la persona interesada
2. Dicha valoración, al ser preceptiva y vinculante, suspende el cómputo del plazo máximo de resolución de esta solicitud (artículo 22.1 d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas)

### 4. Datos relativos a atendidos en Centros

(Cumplimentar únicamente si se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte)

¿Está atendido en Centro en régimen de internado? Sí  No

Si la respuesta es afirmativa indique :

¿Se desplaza fuera del Centro al menos 10 fines de semana al año? Sí  No

Denominación del Centro \_\_\_\_\_

Entidad o persona titular del Centro \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle/Plaza \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### 5. Datos económicos

(Cumplimentar únicamente si se solicita el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte)

#### 5.1. Datos del solicitante: recursos personales:

| Ingresos Anuales | Concepto<br>(Salario, renta, pensión, bienes) | Procedencia<br>(Empresa, Organismos o persona<br>que lo abone) |
|------------------|---|--|
| _____            | _____   | _____  |
| _____            | _____   | _____  |
| _____            | _____   | _____  |

### III. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

(Cumplimentar este apartado siempre que el solicitante conviva con padre y/o madre y/o hermanos, cónyuge e hijos solteros de cualquier edad que convivan en su mismo domicilio).

¿CONVIVE CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS: cónyuge, hijos, padres o hermanos? Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, cumplimente los siguientes datos de cada uno de ellos

|          |                         |   |                |   |  |
|----------|-------------------------|---|----------------|---|--|
| <b>1</b> | <b>Nombre</b>           | <b>Apellidos</b>                                  | <b>DNI/NIE</b> | <b>Fecha Nacimiento</b>   | <b>Relación parentesco con solicitante</b> |
|          |                         |   |                |   |  |
|          | <b>Ingresos Anuales</b> | <b>Concepto (Salario, renta, pensión, bienes)</b> |                | <b>PROCEDENCIA (Empresa, Organismos o persona que lo abone)</b> |  |
|          |                         |   |                |   |  |
| <b>2</b> | <b>Nombre</b>           | <b>Apellidos</b>                                  | <b>DNI/NIE</b> | <b>Fecha Nacimiento</b>   | <b>Relación parentesco con solicitante</b> |
|          |                         |   |                |   |  |
|          | <b>Ingresos Anuales</b> | <b>Concepto (Salario, renta, pensión, bienes)</b> |                | <b>PROCEDENCIA (Empresa, Organismos o persona que lo abone)</b> |  |
|          |                         |   |                |   |  |
| <b>3</b> | <b>Nombre</b>           | <b>Apellidos</b>                                  | <b>DNI/NIE</b> | <b>Fecha Nacimiento</b>   | <b>Relación parentesco con solicitante</b> |
|          |                         |   |                |   |  |
|          | <b>Ingresos Anuales</b> | <b>Concepto (Salario, renta, pensión, bienes)</b> |                | <b>PROCEDENCIA (Empresa, Organismos o persona que lo abone)</b> |  |
|          |                         |   |                |   |  |
| <b>4</b> | <b>Nombre</b>           | <b>Apellidos</b>                                  | <b>DNI/NIE</b> | <b>Fecha Nacimiento</b>   | <b>Relación parentesco con solicitante</b> |
|          |                         |   |                |   |  |
|          | <b>Ingresos Anuales</b> | <b>Concepto (Salario, renta, pensión, bienes)</b> |                | <b>PROCEDENCIA (Empresa, Organismos o persona que lo abone)</b> |  |
|          |                         |   |                |   |  |
| <b>5</b> | <b>Nombre</b>           | <b>Apellidos</b>                                  | <b>DNI/NIE</b> | <b>Fecha Nacimiento</b>   | <b>Relación parentesco con solicitante</b> |
|          |                         |   |                |   |  |
|          | <b>Ingresos Anuales</b> | <b>Concepto (Salario, renta, pensión, bienes)</b> |                | <b>PROCEDENCIA (Empresa, Organismos o persona que lo abone)</b> |  |
|          |                         |   |                |   |  |

**IV. DATOS DE LA PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DE LA PERSONA INTERESADA**

|  |   |          |                      |
|--|---|----------|----------------------|
| PRIMER APELLIDO  | SEGUNDO APELLIDO  | NOMBRE   | D.N.I./N.I.E./C.I.F. |
| RAZÓN SOCIAL (cumplimentar si la representación legal la tiene atribuida una persona jurídica) |   |          |                      |
| DOMICILIO (Calle / Plaza)  | Nº  | Bloque   | Escalera             |
|  |   |          | Piso                 |
|  |   |          | Puerta               |
|  |   |          | CODIGO POSTAL        |
| LOCALIDAD  | PROVINCIA   | TELEFONO |                      |
| RELACION CON EL INTERESADO   | CURADOR <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/> DEFENSOR JUDICIAL <input type="checkbox"/> |          |                      |

**V. DATOS DEL REPRESENTANTE**

|  |                  |          |                      |
|--|------------------|----------|----------------------|
| PRIMER APELLIDO  | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE   | D.N.I./N.I.E./C.I.F. |
| RAZÓN SOCIAL (cumplimentar si la representación legal la tiene atribuida una persona jurídica) |                  |          |                      |
| DOMICILIO (Calle / Plaza)  | Nº               | Bloque   | Escalera             |
|  |                  |          | Piso                 |
|  |                  |          | Puerta               |
|  |                  |          | CODIGO POSTAL        |
| LOCALIDAD  | PROVINCIA        | TELEFONO | CORREO ELECTRÓNICO   |
| APODERADO INSCRITO EN EL REGISTRO ELECTRÓNICO DE APODERAMIENTOS <input type="checkbox"/>       |                  |          |                      |

**VI. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DEL SUBSIDIO**

|                                 |   |                 |  |                                   |  |  |  |          |  |  |  |                 |  |                  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|---|-----------------|--|-----------------------------------|--|--|--|----------|--|--|--|-----------------|--|------------------|--|--|--|--|--|
| ENTIDAD FINANCIERA              |   |                 |  |                                   |  |  |  |          |  |  |  |                 |  |                  |  |  |  |  |  |
| <b>DOMICILIO DE LA SUCURSAL</b> |   |                 |  |                                   |  |  |  |          |  |  |  |                 |  |                  |  |  |  |  |  |
| Calle / Plaza                   |   |                 |  |                                   |  |  |  |          |  |  |  |                 |  | Número           |  |  |  |  |  |
| LOCALIDAD                       |   |                 |  |                                   |  |  |  |          |  |  |  | PROVINCIA       |  |                  |  |  |  |  |  |
| <b>IBAN</b>                     |   |                 |  |                                   |  |  |  |          |  |  |  |                 |  |                  |  |  |  |  |  |
| CODIGO PAIS                     |   | DIGITOS CONTROL |  | CÓDIGO DE CUENTA CLIENTE (C.C.C.) |  |  |  |          |  |  |  |                 |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                 |   |                 |  | ENTIDAD                           |  |  |  | SUCURSAL |  |  |  | DIGITOS CONTROL |  | NÚMERO DE CUENTA |  |  |  |  |  |
| E                               | S |                 |  |                                   |  |  |  |          |  |  |  |                 |  |                  |  |  |  |  |  |
| TITULAR DE LA CUENTA            |   |                 |  |                                   |  |  |  |          |  |  |  |                 |  |                  |  |  |  |  |  |

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y quedo enterado/a de la obligación de comunicar al órgano gestor competente cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

**SECRETARIA GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES, INCLUSIÓN, INFANCIA Y FAMILIA (JUNTA DE EXTREMADURA):**

**a) Si se reside en la provincia de Cáceres: Servicio Territorial de Cáceres. Plaza Hernán Cortés, 1. C.P. 10001- Cáceres. DIR3 A11030102**

**b) Si se reside en la provincia de Badajoz: Servicio Territorial de Badajoz. Ronda del Pilar, 10 - 2ª Planta C.P. 06002-Badajoz. DIR3 A11030101**



## DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD

1. Si la solicitud es firmada por la persona que presta apoyo a la persona interesada para el ejercicio de su capacidad jurídica (apartado III).
  - Si quien firma la solicitud actúa como **curador** de la persona solicitante: resolución judicial que establezca medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica del solicitante
  - Si quien firma la solicitud actúa como **guardador de hecho** de la persona solicitante: declaración de guardador de hecho, que figura como anexo a esta solicitud, cumplimentada y firmada por la persona que actúa como guardador de hecho. Si se hubiera emitido resolución judicial que autorice al guardador de hecho para disponer de los bienes y derechos del titular de la pensión, debe aportar resolución judicial que lo establezca.
  - Si quién firma la solicitud actúa como **defensor judicial** de la persona solicitante: nombramiento de defensor judicial por la autoridad judicial.
  - Si quien firma la solicitud ha sido designada por la persona solicitante como **apoderado preventivo**: certificación del Registro Civil o escritura pública en el que conste como persona designada voluntariamente por la persona interesada para prestarle medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica
2. Si la persona interesada actúa a través de representante (apartado IV): poder notarial que acredite la representación o apoderamiento.

Puede aportar cualquier otro documento que se considere oportuno para acreditar los datos declarados en esta solicitud, referidos a residencia, recursos económicos propios y de las personas con las que conviva, así como de dicha convivencia

### RECUERDE:

Si, después de haber presentado esta solicitud, se produce alguna variación de su situación personal (cambio de residencia, variación de estado civil), económica (realización de trabajos, percepción de otras pensiones, etc.), así como de las personas con las que usted convive, deberá comunicarlo al órgano gestor competente.

La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, puede ser actos constitutivos de delito.

### INFORMACIÓN

Los datos personales que figuran en esta solicitud serán tratados por la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia, organismo responsable del tratamiento de los datos, que es necesario para determinar el derecho a percibir la prestación solicitada y que se fundamenta en la habilitación legal que le atribuye la competencia en la gestión de las prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad (artículo 6.1.c) Reglamento (UE) 2016/679 y artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

En cualquier momento, de conformidad con lo establecido en los artículos 11 a 18 de la citada Ley Orgánica 3/2018, usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición sobre los datos tratados por la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia, mediante carta dirigida a la c/ Antonio Rodríguez Moñino nº 2A de Mérida (Badajoz), C.P.06800

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 90 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en el órgano gestor competente. Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación del silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el artículo 129 del RDLegislativo 8/2015, de 30 de octubre y en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social

3.

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS |   |
|--|---|
| <b>Responsable</b>                           | Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia   |
| <b>Finalidad</b>                             | Gestión de prestaciones del sistema de la Seguridad Social competencia de la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia                              |
| <b>Legitimación</b>                          | El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento   |
| <b>Destinatarios</b>                         | Los datos personales proporcionados no podrán ser objeto de comunicación o cesión a terceros, salvo obligación legal  |
| <b>Derechos</b>                              | Acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición  |
| <b>Información adicional</b>                 | Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de datos en:<br>Anexo 1 del formulario de solicitud<br>Apartado sobre protección de datos en web órgano gestor |

## **INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD**

- ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD.
- ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYUSCULAS.
- PUEDE PRESENTAR CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS QUE CONSIDERE NECESARIOS.

### **I PRESTACIONES QUE SOLICITA**

Marque la prestación que desee solicitar.

### **II. DATOS DE LA PERSONA INTERESADA**

#### **1. Datos personales**

En este apartado se consignarán todos los datos personales del posible beneficiario. Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente

En caso de nacional extranjero residente en España, se consignará el número de identificación de extranjero (NIE).

#### **2. Medio de notificación**

Marque con una "X" el medio por el que desea recibir las notificaciones, es decir electrónica o en papel.

Si la opción elegida es recibir las notificaciones en papel, indique el domicilio en el que desea sean efectuadas si es distinto al indicado en el apartado I.1

También debe indicar el medio (correo electrónico y/o dispositivo electrónico) en el que desea recibir los avisos de notificación en la sede electrónica.

#### **3. Datos de discapacidad o enfermedad crónica**

Si tuviera reconocida la condición de persona con discapacidad deberá aportar copia del certificado que así lo acredite.

#### **4. Datos relativos a atendidos en Centros**

Debe cumplimentarse cuando se solicite el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte y la persona interesada se encuentre acuda o tenga su residencia en un Centro.

#### **5. Datos económicos**

En este apartado deberá consignar si percibe o posee rentas o ingresos propios. En caso afirmativo tenga en cuenta que:

En el apartado Ingresos Anuales: deberá declarar los ingresos anuales que percibe por cada concepto.

En el apartado Concepto: Debe indicarse salarios, pensiones, prestaciones si se perciben o se han percibido rentas de trabajo o rentas de capital, si los ingresos se derivan de bienes muebles o inmuebles (intereses, alquileres, dividendos)

En el apartado Procedencia: Deberá indicar la empresa, Organismo o persona que los abone.

### **III. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

Estos datos deberán cumplimentarse necesariamente siempre que persona interesada solicite el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte y conviva en el mismo domicilio con alguna de las personas reseñadas en el propio apartado, consignando claramente los datos personales, la relación de parentesco y los datos de ingresos económicos.

A efectos de la cumplimentación de los recursos económicos de cada uno de los integrantes de la unidad económica, deberán tenerse en cuenta las instrucciones contenidas en el apartado I.5.

### **IV DATOS DE LA PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DE LA PERSONA INTERESADA**

Este apartado únicamente se rellenará cuando la solicitud se firme por persona distinta de la persona interesada. Los datos se corresponderán con los de la persona que preste medidas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica del solicitante en virtud de una curatela o defensor judicial establecido por resolución judicial, en cumplimiento de la designación voluntariamente efectuada por el solicitante en escritura pública para prestarle medidas de apoyo, o como guardador de hecho. En este último caso, el guardador de hecho tiene que cumplimentar y firmar el documento "Declaración guardador de hecho" que figura como anexo 2 a la solicitud.

### **V DATOS DEL REPRESENTANTE**

Este apartado únicamente se rellenará cuando la persona interesada actuar por medio de representante

### **VI DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DEL SUBSIDIO**

Estos datos únicamente deberán cumplimentarse cuando se solicite el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte. El titular de la cuenta tiene que ser la persona que solicita la prestación. También debe ser titular de la cuenta el curador o el guardador de hecho, solo si están autorizados judicialmente para disponer gratuitamente de los bienes o derechos del solicitante.

**ANEXO 1**

| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS</b> |   |
|--|---|
| <b>1. Responsable del tratamiento</b>                  | <p>Junta de Extremadura. Consejera de Salud y Servicios Sociales<br/>                     Avda. de las América, 4, 06800 Mérida (Badajoz)<br/>                     Correo electrónico: gabinete@salud-juntaex.es<br/>                     Teléfono de contacto: 924004136</p> <p>Delegado de Protección de Datos: Secretaria General de Transformación Digital y Ciberseguridad</p>   |
| <b>2. Finalidad</b>                                    | <p>Sus datos serán tratados con la finalidad de resolver esta solicitud, así como para la gestión y el pago de la prestación reconocida</p> <p>Los datos personales proporcionados se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos, así como para otros fines de archivo, documentación y estadística pública.</p>  |
| <b>3. Legitimación</b>                                 | <p>De conformidad con lo dispuesto en los artículos 6. 1. c) del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE– Reglamento general de protección de datos (RGPD)-, y en el artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDPGDD), el tratamiento será lícito cuando sea necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento</p> <p>La base de legitimación del tratamiento es el cumplimiento de una obligación legal que confiere a la Secretaria General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia la competencia en la gestión de las pensiones de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva en los artículos 66, 71,72, 77 y 373 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social</p>                                      |
| <b>4. Destinatarios</b>                                | <p>Los datos personales obtenidos por la Secretaria General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos en los artículos 72.2.d) y 77 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, así como en los supuestos que se establezcan en cualquier otra norma de rango legal.</p>  |
| <b>5. Derechos</b>                                     | <p>Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la Secretaria General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.</p> <p>Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.</p> <p>En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.</p> <p>El derecho a la portabilidad de los datos se ejercerá de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 del Reglamento (UE) 2016/679.</p> <p>En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, las personas interesadas podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La Secretaria General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.</p> |
| <b>6. Reclamación</b>                                  | <p>Las personas interesadas, si lo estiman oportuno, antes de interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, podrán presentar una reclamación ante el delegado de protección de datos de la Junta de Extremadura, que deberá responder en el plazo de 2 meses. En el supuesto de no haber recibido contestación o que la respuesta sea insatisfactoria, podrán interponer reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos: <a href="http://www.aepd.es">http://www.aepd.es</a>.</p>  |
| <b>7. Normativa aplicable.</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.</li> <li>- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales.</li> </ul>   |
| <b>8. Información complementaria</b>                   | <p>Pueden consultar la información adicional y detallada de la información y de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <a href="http://www.aepd.es">http://www.aepd.es</a></p>  |



**ANEXO: 2  
DECLARACIÓN GUARDADOR DE  
HECHO**

D. / D<sup>a</sup>....., mayor de edad, con D.N.I. / N.I.E..... y con domicilio en....., calle/Avda./Plaza. ....provincia de .....

**DECLARA**

1ºQue viene ejerciendo la guarda de hecho de D./D.<sup>a</sup>....., con D.N.I./ N.I.E. ...., con domicilio en Calle/Avda./Plaza. ....provincia de.....

2º Que en el ejercicio de esa guarda de hecho y como medida de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica prevista en el artículo 264 del Código Civil va a efectuar solicitud de pensión no contributiva de la Seguridad Social a favor de la persona indicada en el apartado 1º

< Fecha >  
< Firma de la persona que actúa como guardador de hecho >