

**PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA**

SOLICITUD DE INCLUSIÓN v. 10/23

**1. SERVICIO QUE DERIVA.**

SERVICIO, ENTIDAD O INSTITUCIÓN:

MOTIVO:

**2. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA PERSONA MENOR DE EDAD.**

|                                                                           |                                                                        |                     |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Primer Apellido                                                           | Segundo Apellido                                                       | Nombre              |
| DNI/NIE/Pasaporte                                                         | Sexo<br><input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | Fecha de nacimiento |
| Domicilio (Denominación de Vía pública, número, escalera, piso, letra...) |                                                                        |                     |
| Código Postal                                                             | Localidad                                                              | Provincia           |
| Nacionalidad                                                              | Teléfono                                                               | Correo Electrónico  |

**3. DATOS DEL REPRESENTANTE.**

Tipo de representación:

 Padre/Madre. Guardador de hecho Representante legal

|                                                                           |                                                                        |                     |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Primer Apellido                                                           | Segundo Apellido                                                       | Nombre              |
| DNI/NIE/Pasaporte                                                         | Sexo<br><input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | Fecha de nacimiento |
| Domicilio (Denominación de Vía pública, número, escalera, piso, letra...) |                                                                        |                     |
| Código Postal                                                             | Localidad                                                              | Provincia           |
| Nacionalidad                                                              | Teléfono                                                               | Correo Electrónico  |

Marcar esta casilla en caso de disponer de regulación legal de guarda y custodia con respecto al niño/a. En caso afirmativo, aportar dicha regulación a la solicitud.

**4. DATOS DEL SEGUNDO PROGENITOR, en su caso**

|                                                                           |                                                                        |                     |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Primer Apellido                                                           | Segundo Apellido                                                       | Nombre              |
| DNI/NIE/Pasaporte                                                         | Sexo<br><input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | Fecha de nacimiento |
| Domicilio (Denominación de Vía pública, número, escalera, piso, letra...) |                                                                        |                     |
| Código Postal                                                             | Localidad                                                              | Provincia           |
| Nacionalidad                                                              | Teléfono                                                               | Correo Electrónico  |

**5. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN.**

El Destinatario de las comunicaciones y notificaciones será aquella que figure en el apartado Datos del Representante

|                                                                                                                                                                                                            |           |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen exclusivamente en dirección postal</b>                                                                        |           |           |
| <input type="checkbox"/> <b>OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen en la dirección postal y a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT) del Gobierno de Aragón.</b> |           |           |
| (Añadir domicilio de notificaciones únicamente si es diferente del indicado en los datos personales)                                                                                                       |           |           |
| Domicilio (Denominación de Vía pública, número, escalera, piso, letra...)                                                                                                                                  |           |           |
| Código Postal                                                                                                                                                                                              | Localidad | Provincia |

**6. PREFERENCIAS DE CENTRO/EQUIPO DE ATENCIÓN**

La asignación de plaza y determinación del centro de tratamiento se realizará por el órgano competente, atendiendo al interés superior de la persona menor de edad, teniendo en cuenta la continuidad del tratamiento, las preferencias expresadas y las plazas disponibles.

| Orden de preferencia | Denominación del Centro | Motivo de la preferencia |
|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1                    |                         |                          |
| 2                    |                         |                          |

**7. VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE DATOS.****DERECHO DE OPOSICIÓN (Artículo 28.2 de la Ley 39/2015)**

La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) realizará las consultas necesarias para comprobar la exactitud de los datos aportados en la solicitud.

En particular, consultará:

- Datos de identidad (DGP),
- Datos de residencia con fecha de última variación padronal (INE),
- Datos de datos que obren en la historia clínica del Servicio Aragonés de Salud.

Los titulares de los datos o sus representantes legales podrán ejercer su derecho de oposición conforme al modelo específico para el ejercicio de este derecho, disponible en <https://www.aragon.es/tramitador/-/tramite/gestion-de-proteccion-de-datos/ejercicio-del-derecho-de-oposicion>  
 En caso de ejercicio de su derecho de oposición motivada, DEBERÁN APORTAR junto a esta solicitud los documentos o certificados justificativos correspondientes.

## 8. DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Obligatoria:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la filiación o, en su caso, de la representación.</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de separación o divorcio de los progenitores, documentación para acreditar guarda y custodia. (ver instrucciones)</p> <p><b>En caso de niños y niñas de 0 a 3 años.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hoja de derivación del Sistema de Salud (Informe de Pediatría o Médico de Familia).</p> <p><b>En caso de niños y niñas de 3 a 6 años.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hoja de Derivación / Acuerdo, cuando el niño/a sea derivado por el Centro Escolar, independientemente de que pudiera ser derivado por un Centro de Salud.</p> | <p>Otra documentación a aportar</p> <p><input type="checkbox"/> Informes de que se disponga</p> <p><input type="checkbox"/> Motivo de consulta o derivación</p> <p><input type="checkbox"/> Otra</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 9. DECLARACIÓN RESPONSABLE.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña, y que conozco mi obligación de comunicar cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales en lo sucesivo.
- Que pondré en conocimiento de los órganos competentes para la gestión del referido procedimiento cualquier cambio que pueda acaecer en el futuro.
- En caso de separación o divorcio, me comprometo a comunicar de manera fehaciente el inicio de este procedimiento al otro progenitor.
- En caso de separación o divorcio, salvo disposición en contrario por sentencia, pacto de relaciones familiares o documento equivalente, ambos progenitores figurarán como autorizados para la consulta del expediente, realizándose las notificaciones conforme a lo estipulado en el documento de solicitud.

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

Firma

MADRE, PADRE, GUARDADOR DE HECHO O REPRESENTANTE LEGAL

Este programa podrá ser Cofinanciado por el Fondo Social Europeo Plus Aragón 2021-2027

La unidad responsable del tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en esta solicitud es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Dichos datos serán tratados con el fin exclusivo de gestión de la valoración, seguimiento, atención y finalización de los programas de atención temprana, de los menores de 6 años, coordinados por el IASS.

La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal.

No se comunicarán datos a terceros, salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad](#) de los datos o de [limitación](#) y [oposición](#) a su tratamiento, así como a [no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#) a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrá obtener información adicional en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, en el siguiente enlace <https://protecciondatos.aragon.es/307>

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES**

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

Presente con la solicitud todos los documentos precisos; con ello evitará retrasos innecesarios.

### 1. Servicio que deriva:

En este recuadro se hará constar el ámbito desde el que se ha efectuado la detección de las dificultades del niño/a, haciendo constar el nombre del Servicio y el motivo de la solicitud. En caso de que el niño/a se encuentre ya escolarizado, se precisará Hoja de Derivación del Centro Escolar; si la derivación fuera efectuada por el Sistema de Salud, deberá presentar Hoja de Derivación del mismo.

### 2. Datos del Solicitante:

se consignarán todos los datos personales del posible beneficiario. 3. En el caso de los menores de edad, resulta muy recomendable, para evitar dilaciones y confusión de trámites, que cuenten con un DOCUMENTO IDENTIFICADOR PROPIO, (DNI, Pasaporte, NIE), antes de iniciar todos los trámites.

En caso de **carecer de documento identificador propio**, la identidad del solicitante deberá ser acreditada por alguno de los siguientes medios:

- Fotocopia del Libro de familia o Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE) en la que figuren los menores a cargo.

- Fotocopia del Pasaporte.

- Fotocopia del certificado de nacimiento.

### 3 y 4. Datos del representante:

Madre/Padre/Tutor, representante legal, guardador de hecho.

En caso de **MADRE o PADRE**, Libro de familia o documento equivalente que acredite la filiación. En el caso del **REPRESENTANTE LEGAL**, copia de la documentación que acredite dicha representación, (Sentencia, Auto, Declaración administrativa de guarda o acogimiento, poder notarial, ... etc.).

En el caso del **GUARDADOR DE HECHO**, deberá rellenarse la Declaración responsable que figura al final del impreso de solicitud y adjuntar documentos acreditativos de la convivencia, (empadronamiento, informe social... ).

En el caso de **SEPARACIÓN O DIVORCIO** para menores de edad, salvo disposición en contrario por sentencia, pacto de relaciones familiares o documento equivalente, ambos progenitores figurarán como autorizados para la consulta del expediente, realizándose las notificaciones según lo estipulado en el documento de solicitud.

### Más información

Seguidamente se relacionan los Centros de Atención a la Discapacidad (CATI en el caso de Zaragoza) existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón, donde pueden obtener mayor información sobre este Programa:

| Localidad | Dirección                   | Teléfono    | Correo electrónico     |
|-----------|-----------------------------|-------------|------------------------|
| Huesca    | Joaquín Costa, 22 - 22002   | 974 225 650 | cbhuesca@aragon.es     |
| Teruel    | Avda. Sanz Gadea, 2 - 44002 | 978 641 325 | cbteruel@aragon.es     |
| Zaragoza  | C/ Santa Teresa, 21 - 50018 | 976 715 666 | catizaragoza@aragon.es |

**Referencia legal:** Orden de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula el Programa de Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Aragón (BOA 5/2/2003).