

ANEXO I



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

(Antes de cumplimentar la solicitud lea atentamente las instrucciones consignadas al dorso)

I SOLICITANTE

1. Datos personales

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN			
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro	
Nº:						
FECHA NACIMIENTO		SEXO	NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL	
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer		
DOMICILIO (Calle / Plaza)			Nº	Bloque	Escalera	Piso
					Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA	COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL	CORREO-E			
¿ TIENE SEGURIDAD SOCIAL ?				Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Beneficiario			

2. Datos sobre la situación de dependencia

2.1 ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia? Sí No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó: y año

2.2 ¿Tiene reconocido grado de discapacidad? Sí No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: y año

2.3 ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida? Sí No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: y año

2.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? Sí No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: y año

3. Datos de residencia

3.1 ¿ Es usted persona emigrante española retornada ? Sí No
Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día mes año

3.2 ¿Reside legalmente en la actualidad en territorio español ? Sí No

3.3 ¿Ha residido legalmente en territorio español durante cinco años? Sí No
De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? Sí No
Si la respuesta es afirmativa indique:

Períodos	Localidad	Provincia/Comunidad o Ciudad Autónoma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

II DATOS DE CONVIVENCIA

Indique los datos de las personas que residan con usted en su domicilio

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON SOLICITANTE
		<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro		

III CAPACIDAD ECONÓMICA

1. Datos sobre la renta

1.1 Se deberá adjuntar la última declaración de la renta

1.2 Si no estuviese legalmente obligado a realizar dicha declaración presentará documentos acreditativos de las rentas percibidas durante el año por el trabajo, prestaciones sociales, rentas derivadas de actividades económicas, rentas del capital, ganancias y plusvalías.

2. Datos sobre el patrimonio

2.1 ¿ Realiza usted Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio ? Sí No

2.2 ¿ Es titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual ? Sí No

Si la respuesta es afirmativa indique:

Concepto	BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD Valor (€)	Deudas y Obligaciones (€)

3. Datos sobre prestaciones públicas

3.1 ¿ Percibe el complemento de la pensión de gran invalidez ? Sí No

3.2 ¿ Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona ? Sí No

3.3 ¿ Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI ? Sí No

3.4 ¿ Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona ? Sí No

Si la respuesta 3.4 es afirmativa indique:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERCEPTOR	D.N.I.	CUANTÍA MENSUAL (€)	ENTIDAD QUE LA RECONOCE (Marque con una X)
			<input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> ISM

IV OTROS DATOS

1. ¿Está siendo atendido en su domicilio? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como Organismo o entidad prestataria:

Telesistencia _____
 Ayuda a domicilio _____

¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESIONAL

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN				NACIONALIDAD	Relación (indique parentesco o relación)
	<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro					
	Nº					
DOMICILIO (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA/COMUNIDAD	¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha)				

2. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día o Centro de Noche? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:

Denominación del Centro
 Nombre del organismo o entidad
 Dirección del Centro
 Localidad

3. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro residencial? Sí No
 Temporal Permanente

Denominación del Centro
 Nombre del organismo o entidad
 Dirección del Centro
 Localidad

4. ¿Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal ? Sí No

V DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN			
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro <input type="checkbox"/> CIF			
			Nº:			
DOMICILIO (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA	TELÉFONO			
RELACIÓN CON EL INTERESADO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO					

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 a la Dirección Territorial del Imserso, cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En, a de de

Fdo.:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. De conformidad con lo establecido en el artículo 5.1.d) de la citada Ley, la persona interesada podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Imserso -órgano responsable del fichero- mediante escrito dirigido al mismo, Avda. de la Ilustración, s/n con vuelta a la c/ Ginzo de Limia, 58, 28029 Madrid

La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia)

INSTRUCCIONES PARA SU CUMPLIMENTACIÓN

ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD.

ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS.

PRESENTE CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, CON ELLO EVITARÁ RETRASOS INNECESARIOS.

I. SOLICITANTE

1. Datos personales

En este apartado se consignarán todos los datos personales de la persona interesada.

Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

2. Datos sobre la situación de dependencia

Si tuviera la consideración de persona con discapacidad deberá aportar copia de la resolución o certificado del Imsero u Organismo competente de la Comunidad Autónoma que acredite su grado de discapacidad.

3. Datos de residencia

Relacione los períodos y lugares de residencia en territorio nacional, consignando el mes y año de inicio y el mes y año de finalización de residencia en cada localidad.

Si la persona interesada tiene nacionalidad de algún país de la Unión Europea, indique los períodos de residencia en dichos países.

Si la persona interesada es menor de cinco años, los datos de residencia se referirán a los cumplidos por aquella persona que ejerza la guarda y custodia del menor.

III. CAPACIDAD ECONÓMICA

1. En este apartado deberá adjuntar la última declaración de la renta y patrimonio.

2. Si no estuviese legalmente obligado a realizar dicha declaración presentará documentos acreditativos de las rentas percibidas durante el año por el trabajo, prestaciones sociales, rentas derivadas de actividades económicas, rentas del capital, ganancias y plusvalías.

V. REPRESENTANTE LEGAL

Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta a la persona interesada y que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho; en este último caso deberá cumplimentar el apartado correspondiente.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

- Informe de salud.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del solicitante.
- Declaración de la Renta.

En los casos en que el solicitante actúe a través de representante legal o guardador de hecho, deberá aportarse además la siguiente documentación:

- Acreditación de la representación legal mediante fotocopia compulsada de la sentencia que la declare.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del representante legal o del guardador de hecho.