



Comunidad de Madrid

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 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó: y año		
2.2	¿Tiene reconocido grado de minusvalía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: y año		

3. Datos de residencia

3.1	¿ Es usted emigrante español/a retornado/a ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día mes año		
3.2	¿Reside legalmente en la actualidad en España ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.3	¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?		
	Si la respuesta es afirmativa indique:		
	Períodos	Localidad	Provincia/Comunidad
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

II DATOS DE CONVIVENCIA

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

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

III CAPACIDAD ECONÓMICA**1. Datos sobre la renta**¿ Tiene ingresos o rentas propios ? Sí No**1.1 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Concepto	Empresa, Organismo o Persona	Cuantía Anual

1.2 RENTAS DE DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

Tipo de Actividad	Rendimientos Íntegros (anual)

1.3 RENTAS DE CAPITAL

Concepto	Rendimientos Íntegros (anual)

1.4 GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES

Concepto	Rendimientos Íntegros (anual)

2. Datos sobre el patrimonio¿ Realiza usted Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio ? Sí No¿ Es titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual ? Sí No

Si la respuesta es afirmativa indique:

BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD

Concepto	Valor	Deudas y Obligaciones

3. Datos sobre prestaciones públicas1. ¿ Percibe una pensión de gran invalidez ? Sí No2. ¿ Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona ? Sí No3. ¿ Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI ? Sí No4. ¿ Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona ? Sí No

Si la respuesta 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

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:
 Teleasistencia
 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 DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE		NACIONALIDAD		Relación (indique parentesco o relación)		
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

5. Indique sus preferencias entre los posibles servicios/prestaciones que, en su caso, pueda recibir.....

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 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 General de Coordinación de la Dependencia, cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En, a de de 200...

Fdo.:

ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA DEPENDENCIA

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que corresponden al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, 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.

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.

UNA VEZ QUE DISPONGA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN A APORTAR, DEBERÁ ENTREGARLA, JUNTO A LA SOLICITUD DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA, EN EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DONDE ESTÉ EMPADRONADO.

I. SOLICITANTE

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.

2. Datos sobre la situación de dependencia

Si tuviera la consideración de persona con discapacidad deberá aportar copia compulsada de la resolución o certificado del IMSERSO u Organismo competente de la Comunidad Autónoma que acredite su grado de minusvalía. En su caso, se deberá aportar copia compulsada de la resolución de reconocimiento del complemento de gran invalidez o de la necesidad de asistencia de tercera persona.

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 el solicitante tiene nacionalidad de algún país de la Comunidad de la Unión Europea, indique los períodos de residencia en dichos países.

Si el solicitante 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. Datos sobre la renta

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

1.1. *Rentas de trabajo o prestaciones económicas.*

Declare sus rentas de trabajo por cuenta propia o ajena, así como las pensiones o prestaciones periódicas abonadas por cualquier Régimen público o privado de Previsión Social, indicando:

- Concepto: La procedencia de las rentas: salario, trabajos por horas o similares, tipo de pensión o prestación, indicando expresamente si percibe asignación por hijo a cargo.
- Cuantía anual: La suma total anual bruta de cada concepto
- Empresa u organismo: El que lo abone.

1.2. *Rentas derivadas de actividades económicas.*

Declare sus rentas

- Tipo de actividad
- Rendimientos Íntegros

1.3. *Rentas de capital.*

En el supuesto de disponer de bienes muebles y/o inmuebles, consignará el concepto de los mismos y los rendimientos íntegros obtenidos (intereses, dividendos, alquileres, etc.) en cuantía anual.

1.4. *Ganancias y plusvalías patrimoniales.*

En el supuesto de haber obtenido ganancias o plusvalías derivadas de bienes muebles y/o inmuebles, consignará en el concepto el origen de las mismas (reparto beneficios acciones, venta de acciones o fondos de inversión, venta de un bien inmueble, etc.) y en los rendimientos íntegros el importe anual que en dichos conceptos haya obtenido.

V. REPRESENTANTE LEGAL

Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante y que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

- ✓ Informe de salud.
- ✓ Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del solicitante.
- ✓ Acreditación de la representación del solicitante, en su caso, y fotocopia compulsada del DNI/NIE del representante.
- ✓ Certificado de empadronamiento que acredite la residencia en un municipio de la Comunidad de Madrid en el momento de presentar la solicitud.
- ✓ Certificado/s de empadronamiento que acrediten la residencia en la nación española durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud, salvo en el supuesto de residentes que carezcan de la nacionalidad española, que deberán presentar certificado de residencia legal por los mismos periodos, expedido por el Ministerio de Interior.