



SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA



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)

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es afirmativa indique:		
Períodos	Localidad	Provincia/Comunidad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

II DATOS DE CONVIVENCIA

Indique los datos de las personas que residen 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

5. ¿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 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 al <denominación del órgano gestor> cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En, a de de 200...

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 este organismo, 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.

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 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 de la resolución o certificado del IMSERSO u Organismo competente de la Comunidad Autónoma que acredite su grado de minusvalía.

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; en este último caso deberá cumplimentar el modelo que, al efecto, le será facilitado.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

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

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 o en su caso modelo de declaración de guardador de hecho.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del representante legal o del guardador de hecho.

INFORME MÉDICO

Nombre y Apellidos:

Fecha de valoración:

Indique el diagnóstico de las principales enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud relacionados con la dependencia de la persona:

DIAGNÓSTICOS

OBSERVACIONES:

¿Las deficiencias que presenta son permanentes?

Sí No

¿Existen posibilidades de actuaciones rehabilitadoras?
(Fisioterapia, Terapia ocupacional, Ayudas técnicas, ...)

No
 Sí Indique cuál: _____

¿Presenta deficiencia mental y/o trastorno cognitivo?

Sí No

¿Presenta alteraciones del comportamiento que dificulten la convivencia y/o las relaciones interpersonales?

Sí No

Fdo: Médico N° Colegiado



DECLARACIÓN DE GUARDADOR DE HECHO

D./D^a mayor de edad, con domicilio en
 Calle/Avda/Plaza
 núm.....provincia de D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.
 a los efectos de poder representar ante el Instituto Navarro de Bienestar Social.....
 en el expediente de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del
 Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a favor de D./D.^a
 hijo de y de , con domicilio en.....
 Calle/Avda/Plaza. núm. provincia de
 y D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.

DECLARA bajo su responsabilidad:

1º) Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan:

.....

2º) Que a su juicio dicha persona no tiene capacidad de autogobierno.

3º) Que el presunto incapaz tiene los siguientes familiares:

Nombre y Apellidos	Edad	Parentesco	Dirección
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4º) Que, en el supuesto de que prospere la solicitud que tiene formulada en nombre de la persona indicada, asume la obligación de administrar los derechos que pudieran reconocerse con la debida diligencia y en interés de la misma. Asimismo se compromete a comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y familiares, ya que pueden tener incidencia en los derechos que en su caso se reconozcan.

5º) Que pondrá en conocimiento del Instituto Navarro de Bienestar Social de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia del presunto incapaz, pueda acaecer en el futuro.

.....de.....de 200

Firma