

III. Otras Resoluciones

Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda

1894 *Dirección General de Dependencia, Infancia y Familia.- Resolución de 28 de marzo de 2014, por la que se dispone la aprobación de los modelos normalizados utilizables en la tramitación de expedientes de 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.*

Con la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y sus normas de desarrollo se consagran aspectos tan relevantes como los derechos del ciudadano y la aplicación de las nuevas tecnologías. Tales aspectos han de tener un adecuado reflejo en lo que a la producción documental de la Administración se refiere, mediante el uso normalizado de los documentos administrativos.

Se configura por ello la necesidad de la normalización del material impreso o para su descarga en formato PDF desde el Catálogo de Procedimientos Administrativos, estableciendo una misma estructura de diseño en la totalidad de los Centros Directivos de la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda, mediante la puesta a disposición de los usuarios de plantillas como soporte de modelos normalizados de documentos administrativos.

Por su parte, la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, reconoce el derecho de los ciudadanos a relacionarse con las Administraciones Públicas por medios electrónicos. La contrapartida de ese derecho es la obligación de estas de dotarse de los medios y sistemas electrónicos para que ese derecho pueda ejercerse. Así el artículo 3.2 de la citada Ley establece, entre sus fines, el de facilitar el acceso por medios electrónicos de los ciudadanos a la información y al procedimiento administrativo. Asimismo, su artículo 4.c) recoge como uno de los principios a que debe ajustarse la utilización de las tecnologías de la información el principio de accesibilidad a la información y a los servicios por medios electrónicos, a través de sistemas que permitan obtenerlos de manera segura y comprensible.

En el ámbito del Gobierno de Canarias, el Decreto 141/2010, de 4 de octubre, por el que se crea y regula el Catálogo de Procedimientos Administrativos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, establece que el citado Catálogo tendrá como soporte una aplicación informática que permitirá su gestión, la realización de consultas y la descarga de modelos normalizados de los distintos procedimientos administrativos.

Para su adecuada gestión, todos los centros directivos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y sus organismos públicos dependientes serán responsables de la identificación y actualización de la información correspondiente a los procedimientos iniciados a instancia de parte, de su competencia.

Respecto de la normalización de modelos para iniciar un procedimiento, el citado Decreto 141/2010, de 4 de octubre, determina que todos los procedimientos administrativos iniciados a solicitud de interesado y los relativos a subvenciones incluidos en el Catálogo, deberán incorporar, con carácter obligatorio, formularios o modelos normalizados de solicitud de inicio en los términos previstos en el artículo 15.2 del Decreto 48/2009, de 28 de abril, por el que se establecen en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias medidas ante la crisis económica y de simplificación administrativa. También se deberán incorporar modelos normalizados de declaraciones responsables o comunicaciones previas cuando las disposiciones normativas reguladoras del procedimiento las prevean.

Los formularios o modelos normalizados deberán tener un formato editable para que puedan ser descargados, cumplimentados y guardados por los interesados. En particular, los formularios o modelos de solicitud deberán ir acompañados, siempre que su complejidad así lo exija, de las instrucciones necesarias para su correcta cumplimentación por parte de los ciudadanos.

Por la Disposición Adicional Decimotercera del Decreto 48/2009, de 28 de abril, por el que se establecen en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias medidas ante la crisis económica y de simplificación administrativa, referida a la aprobación y modificación de los modelos normalizados de solicitud, se establece que los modelos normalizados de solicitud aprobados por las normas que regulen los procedimientos podrán ser modificados por resolución del órgano competente para la tramitación del procedimiento correspondiente, que, en todo caso, deberá publicarse en el Boletín Oficial de Canarias.

En su virtud, de acuerdo con las competencias reconocidas en las disposiciones citadas y en aplicación de las citadas normas,

RESUELVO:

Primero.- Aprobar los modelos normalizados de los documentos administrativos necesarios para la tramitación del procedimiento de solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema, asociado a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que se tramitan en este Centro Directivo, y que se relacionan a continuación y adjuntan en los Anexos I y II de la presente Resolución.

Modelos que se modifican:

- Anexo I: Modelo de solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.

- Anexo II: Declaración Responsable del cuidador no profesional.

Segundo.- Dichos formularios o modelos normalizados deberán tener un formato editable, mediante plantillas descargables desde la Sede Electrónica de la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda y que se insertarán en las fichas del aplicativo informático correspondientes del Catálogo de Procedimientos Administrativos para que puedan ser descargados, cumplimentados y guardados por los interesados.

Tercero.- Publicar la presente Resolución en el Boletín Oficial de Canarias.

Contra el presente acto, por ser de trámite, no cabe recurso alguno, pudiéndose, no obstante, interponer el que se considere más oportuno a su derecho, si la persona interesada entendiese que se dan alguno de los supuestos excepcionales establecidos en el artículo 107 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

Las Palmas de Gran Canaria, a 28 de marzo de 2014.- El Director General de Dependencia, Infancia y Familia p.s., el Secretario General Técnico (Orden de 11.3.14), Francisco Hernández Padilla.



Consejería de Cultura, Deportes,
Políticas Sociales y Vivienda
Dirección General de
Dependencia, Infancia y Familia

Vaciar datos

Mod.: 20140226

Nº Registro, Fecha y Hora

**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**

I - SOLICITANTE

1. Datos Personales						Identificación				
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre		<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro Número: _____				
Día	Fecha de Nacimiento Mes		Año	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nacionalidad			Estado Civil	
Domicilio (Calle / Plaza)						Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Municipio					Isla			Código Postal		
Teléfono Fijo		Teléfono Movil		Correo Electrónico						
¿Tiene Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario		Nº Afiliación Seguridad Social / Tarjeta Sanitaria				

2. Domicilio de Notificación de actos administrativos

Domicilio (Calle / Plaza)						Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Municipio				Isla		Código Postal		Provincia		

3. Objeto de la solicitud

<input type="checkbox"/> Acceso a las prestaciones de servicio y económicas del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>* En caso de solicitar la revisión del grado de dependencia o del PIA, cumplimentar únicamente los datos objeto de modificación o variación correspondientes en los apartados I.3, I.4, I.5, II, III y IV de esta solicitud.</p> </div>
<input type="checkbox"/> Valoración inicial		
<input type="checkbox"/> * Revisión del grado de dependencia		
<input type="checkbox"/> * Revisión de Programa Individual de Atención (P.I.A.)		
<input type="checkbox"/> Traslado de otra Comunidad Autónoma C.A. de origen: _____		
<input type="checkbox"/> Homologación de la necesidad de concurso de tercera persona		
<input type="checkbox"/> Menor de tres años para acreditar la situación de dependencia del hijo o menor a los efectos de la ampliación del permiso de maternidad o paternidad y, en su caso, de los correspondientes subsidios		
<input type="checkbox"/> Acceso a Prestaciones económicas o de servicios de otras Entidades Gestoras de la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS, ...)		
<input type="checkbox"/> Acceso a otros derechos y/o subsidios vinculados a la situación de dependencia		

4. Datos sobre la situación de Dependencia

4.1 ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia? Si la respuesta es afirmativa indique la fecha y la Comunidad Autónoma en la que se solicitó:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha: _____	C.A.: _____
4.2 ¿Tiene reconocido grado de discapacidad? Si la respuesta es afirmativa puede indicar si lo desea, grado de discapacidad y Comunidad Autónoma en la que se le reconoció:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Grado: _____	C.A.: _____
4.3 ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida? Si la respuesta es afirmativa indique la Comunidad Autónoma en la que se efectuó el reconocimiento:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	C.A.: _____
4.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? Si la respuesta es afirmativa indique la Comunidad Autónoma en la que se efectuó el reconocimiento:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	C.A.: _____
4.5 ¿Tiene diagnosticada una enfermedad rara catalogada como tal? En caso afirmativo puede indicarnos cuál:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. Datos de Residencia

5.1 ¿Es usted emigrante español/a retornado/a? Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha: _____			
5.2 ¿Reside legalmente en la actualidad en España?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5.3 ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5.4 De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?. Si la respuesta es afirmativa indique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Desde (Día/Mes/Año)	Hasta (Día/Mes/Año)	Localidad	Provincia

II - DATOS DE CONVIVENCIA

Indique los datos de las personas que residan con la persona solicitante en su domicilio:

Nº	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI / NIE PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON SOLICITANTE
1						
2						
3						
4						
5						

III - DATOS ECONÓMICOS Y PATRIMONIALES**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 DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

Tipo de Actividad	Cuantía Anual

1.3 RENTAS DE CAPITAL

Concepto	Cuantía Anual

1.4 GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES

Concepto	Cuantía Anual

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:

BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD

Concepto	Valor	Deudas y Obligaciones

2.3 En el caso de estar recibiendo el servicio de atención residencial permanente o lo haya solicitado, ¿Tiene usted persona a su cargo que continúe residiendo en la vivienda habitual? Si la respuesta es negativa cumplimente las casillas siguientes:			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Propiedad individual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cotitularidad de la propiedad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se obtienen Rentas en concepto de alquiler de la misma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Valor catastral (€uros):	Porcentaje de cotitularidad (%):		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

3. Datos sobre prestaciones públicas

- 3.1 ¿Percibe una 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

Apellidos y Nombre del perceptor	DNI / NIE	Cuantía Mensual	Entidad que la reconoce (Marque con una X)			
			INSS	ISFAS	MUFACE	MUGEJU
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV - OTROS DATOS

- 1 ¿Está usted recibiendo prestaciones de servicios sociales públicos o privados en el momento de formular esta solicitud?. En caso afirmativo, indique qué servicios recibe: Sí No

Servicio	Público / Privado	Domicilio / Centro	Nombre del Centro	Localidad	Entidad Prestataria
<input type="checkbox"/> Teleasistencia					
<input type="checkbox"/> Servicio de Ayuda a domicilio					
<input type="checkbox"/> Centro de Día					
<input type="checkbox"/> Centro de Noche					
<input type="checkbox"/> Servicio de Atención Residencial					
<input type="checkbox"/> Servicios de prevención y promoción de la autonomía personal (*)					
<input type="checkbox"/> Asistente Personal					

- 2 Si está siendo atendido en su domicilio por un cuidador perteneciente al entorno familiar de la persona solicitante, indique:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI / NIE PASAPORTE	FECHA INICIO DE PRESTACION DE CUIDADOS

- 3 ¿Reside el cuidador en el domicilio de la persona solicitante? Sí No

(*) Habilitación y terapia ocupacional, atención temprana, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, habilitación psicosocial, etc.

V - DATOS DEL REPRESENTANTE			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Identificación <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro Número:
Nacionalidad	Teléfono Fijo	Teléfono Movil	Correo Electrónico
Relación o vínculo con la persona solicitante: <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Guardador de Hecho			
<input type="checkbox"/> Autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas de oficio de los datos declarados en la presente solicitud en materia de identidad del representante legal, con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.			

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que autorizo al órgano gestor del procedimiento a realizar las comunicaciones que fueran precisas para darme a conocer aquellos actos de trámite del expediente que no requieran notificación fehaciente, mediante la utilización de los medios electrónicos que señalo en la presente solicitud o por el canal telefónico indicado, mediante el envío de mensajes de voz o de datos.
- Que son ciertos los datos recogidos en la presente solicitud, y quedo enterado de la obligación de comunicar a este Órgano cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo en relación a los datos contenidos en la presente solicitud. Asimismo quedo enterado de la obligación de comunicar inmediatamente a este Órgano, si se produjera el ingreso de la persona interesada en un centro hospitalario o asistencial que no suponga coste para la misma.
- Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas de oficio de los datos requeridos en materia de identidad, convivencia, capacidad económica, sanitarios, residencia y discapacidad de la persona solicitante, previstos en los artículos 5, 14 y 27 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su normativa de desarrollo, que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
- Que en caso de estimarse mi solicitud me comprometo a facilitar el seguimiento y control por la Administración competente de las prestaciones que reciba, permitiendo el acceso a mi domicilio.

En _____ a _____

[Imprimir formulario](#)

Firma de la persona solicitante o de quien actúa en su representación

PROTECCION DE DATOS DE CARACTER PERSONAL

Le informamos que sus datos personales son tratados por la Consejería competente en materia de servicios sociales de la Administración de la Comunidad Autónoma, en el fichero correspondiente, con la finalidad de gestionar prestaciones públicas y servicios de la competencia de la indicada Conserjería. Podrán cederse a los Servicios Sociales Insulares y Municipales, Seguridad Social y demás Organismos Públicos que directa o indirectamente intervengan en la gestión de prestaciones públicas, además de las cesiones previstas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Consejería competente en materia de servicios sociales de la Administración de la Comunidad Autónoma, todo lo se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley

Para más información

Paseo Tomás Morales, nº 122, bajo
Centro Socio Sanitario Nuestra Señora de El Pino
35004 - Las Palmas de Gran Canaria

c/ Carlos J. R. Hamilton, nº 14, bajo
Edificio Mabel,
38071 - Santa Cruz de Tenerife

Teléfono de información
del Gobierno de Canarias<http://www.gobiernodecanarias.org/ccdpsv/>

DOCUMENTACION A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

- Fotocopia compulsada del DNI en vigor de la persona o personas declarada/s cuidadoras no profesionales (*)
- Certificado de empadronamiento original o fotocopia compulsada que acredite el cumplimiento de su residencia legal en el territorio español (*)
- Informe de salud original del solicitante emitido en modelo normalizado, firmado y sellado por el profesional médico de familia del Servicio Canario de la Salud, del Sistema Nacional de Salud, de las Entidades Gestoras de los regímenes especiales de la Seguridad Social como MUFACE, MUGEJU, ISFAS e ISM.
 - Importante Afiliados a Mutuas: Si ya lo presentó firmado pero sin sello por estar afiliado a una Mutua, debe presentar fotocopia de la tarjeta de afiliación a la misma. (*)
- Copia de la Declaración, en su caso, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. (*)
- En el caso de solicitantes menores de edad sin DNI/NIE/Pasaporte o documento acreditativo de la identidad de su país de origen: original o copia compulsada del libro de familia o documento equivalente para extranjeros.
- Si fuera necesario, Documento de acreditación de la representación legal de la persona solicitante, a través de:
 - Original o copia compulsada de la Sentencia firme que declare la incapacidad del dependiente designando tutor, con aceptación del cargo.
 - Modelo normalizado de Guardador de Hecho cumplimentado, cuando el solicitante se encuentre incapacitado y su procedimiento judicial de capacidad de las personas se encuentre en trámite de iniciación o ya esté iniciado pendiente de sentencia firme.
 - Original o copia compulsada del Poder Notarial que le otorgue la representación, en general, ante cualquier procedimiento administrativo o, específico, para este procedimiento, siempre que el solicitante no se encuentre incapacitado.
 - Modelo normalizado de Autorización Administrativa Específica cumplimentado, siempre que el solicitante no se encuentre incapacitado.
- En el caso de personas extracomunitarias: Certificado de residencia legal de la persona solicitante emitido por el Ministerio del Interior que acredite el cumplimiento de su residencia legal en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud (cuando el interesado carezca de la nacionalidad española).
- En el caso de solicitantes menores de edad extracomunitarios: Certificado de residencia legal de la persona que ejerce la guarda y custodia de la/del menor de edad emitido por el Ministerio del Interior que acredite el cumplimiento de su residencia legal en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud (cuando el interesado sea menor de edad y carezca de nacionalidad española).
- En el caso de que se cumplan los requisitos para acceder a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: Documento de compromiso del cuidador no profesional según modelo normalizado.
- En el caso de solicitar la Revisión de Grado de Dependencia, deberá presentar nuevo informe de salud del solicitante (por agravamiento o mejoría) emitido en modelo normalizado original, firmado y sellado por profesional médico de familia del Servicio Canario de la Salud, del Sistema Nacional de Salud, de las Entidades Gestoras de los regímenes especiales de la Seguridad Social como MUFACE, MUGEJU, ISFAS o ISM.
- En el caso de solicitar la Revisión del Programa Individual de Atención (PIA), deberá presentar la documentación que motive la revisión.
- En el caso de solicitar el Traslado de otra Comunidad Autónoma deberá aportar certificado de empadronamiento en la Comunidad Autónoma de Canarias (original o fotocopia compulsada). (*)

IMPORTANTE: la compulsa o cotejo de la documentación a aportar se puede realizar acompañando del original en este Servicio o en su Ayuntamiento.

(*) No será necesario su presentación en el caso de que hubiera autorizado el acceso a este Órgano a los datos que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.



Consejería de Cultura, Deportes,
Políticas Sociales y Vivienda
Dirección General de
Dependencia, Infancia y Familia

Vaciar datos

Mod.: 20140227

Nº Registro, Fecha y Hora

DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

1 - DATOS DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Identificación <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro		Número de Expediente
Número:		

2 - DATOS DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Identificación <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro Número:					
Día	Fecha de Nacimiento Mes	Año	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad		Estado Civil		
Domicilio (Calle / Plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Municipio			Isla		Código Postal			
Provincia	Teléfono Fijo	Teléfono Movil	Correo Electrónico					
¿Tiene Seguridad Social?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario		Nº Afiliación Seguridad Social / Tarjeta Sanitaria				
¿Convive con la persona dependiente?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Vínculo o relación de parentesco con la persona dependiente:					
Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Trabajador/a <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Otra: Situación: _____				Entidad gestora: <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> MUGEJU				

DECLARACION DEL CUIDADOR

Sin perjuicio de la necesaria comprobación del cumplimiento de los requisitos para acceder a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales,

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

1. Que convivo y presto los cuidados a la persona en situación de dependencia con carácter previo de un año a la presentación de la solicitud.
2. Que cuento con la capacidad física, mental o intelectual suficiente para realizar cuidados adecuados.
3. Que no tengo reconocida la situación de dependencia.
4. Que resido legalmente en el territorio español.
5. Que no teniendo vínculo de parentesco con la persona solicitante, resido legalmente en el mismo municipio de la persona en situación de dependencia, o en uno vecino, por un periodo previo de un año a la fecha de solicitud.

Si No

6. Que el periodo de dedicación prestada a la persona solicitante es:

- Jornada Completa (160 o más horas)
 Jornada Media (entre 80 y 159 horas)
 Jornada Parcial (menos de 80 horas)

7. Que la atención y cuidado que presto a la persona en situación de dependencia se desarrolla en el marco de la relación en el entorno familiar y, en ningún caso, en el de una relación contractual, ya sea laboral o de otra índole.
8. Que son ciertos los datos recogidos en la presente declaración, y que quedo enterado de la obligación de comunicar a este Órgano cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo en relación a los datos contenidos en la misma.
9. Que autorizo a que se realicen las verificaciones y consultas de oficio de los datos requeridos en materia de identidad, convivencia y residencia, previstos en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia y su normativa de desarrollo, que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.

Y ME COMPROMETO COMO CUIDADOR NO PROFESIONAL A:

1. Facilitar el control de los cuidados que precisa la persona en situación de dependencia de acuerdo a sus necesidades y respetando su intimidad y capacidad de decidir personalmente los cuidados según sus propias preferencias.
2. Prestar los cuidados de forma adecuada y continuada durante el periodo mínimo de un año, excepto que por circunstancias sobrevenidas e imprevisibles no pueda completar este periodo.
3. Participar en acciones formativas que se me propongan, siempre que sean compatibles con el cuidado.
4. Facilitar a la Administración Pública competente el seguimiento, control y acceso a la vivienda, para comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias, previo consentimiento de la persona en situación de dependencia o su representante legal.
5. Comunicar cualquier cambio de las circunstancias que se produzcan en la persona en situación de dependencia, en la persona cuidadora o en el entorno.

En _____ a _____

Imprimir formulario

Firma del cuidador no profesional

PROTECCION DE DATOS DE CARACTER PERSONAL

Le informamos que sus datos personales son tratados por la Consejería competente en materia de servicios sociales de la Administración de la Comunidad Autónoma, en el fichero correspondiente, con la finalidad de gestionar prestaciones públicas y servicios de la competencia de la indicada Consejería. Podrán cederse a los Servicios Sociales Insulares y Municipales, Seguridad Social y demás Organismos Públicos que directa o indirectamente intervengan en la gestión de prestaciones públicas, además de las cesiones previstas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Consejería competente en materia de servicios sociales de la Administración de la Comunidad Autónoma, todo lo se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley

Para más información

Paseo Tomás Morales, nº 122, bajo
Centro Socio Sanitario Nuestra Señora de El Pino
35004 - Las Palmas de Gran Canaria

c/ Carlos J. R. Hamilton, nº 14, bajo
Edificio Mabel,
38071 - Santa Cruz de Tenerife



Teléfono de información
del Gobierno de Canarias

<http://www.gobiernodecanarias.org/ccdpsv/>