

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: _____				
Fecha de Nacimiento	Sexo		Nacionalidad			Estado Civil				
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer						
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:

Si 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:

Si 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:

Si 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:

Si No

C.A.: _____

4.5 ¿Tiene diagnosticada una enfermedad rara catalogada como tal?
En caso afirmativo puede indicarnos cuál:

Si 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:

Si No

Fecha: _____

5.2 ¿Reside legalmente en la actualidad en España?

Si No

5.3 ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?

Si No

5.4 De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?. Si la respuesta es afirmativa indique:

Si 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? Si 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? Si No

2.2 ¿Es titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual? Si 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 No
Si la respuesta es negativa cumplimente las casillas siguientes:

Propiedad individual: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cotitularidad de la propiedad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se obtienen Rentas en concepto de alquiler de la misma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valor catastral (€uros):	Porcentaje de cotitularidad (%):	

3. Datos sobre prestaciones públicas

- 3.1 ¿Percibe una pensión de gran invalidez? Si No
- 3.2 ¿Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona? Si No
- 3.3 ¿Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI? Si No
- 3.4 ¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona? Si 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: Si 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? Si 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 _____

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

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.