



SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA



Castilla-La Mancha

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 ? 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	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 públicas

1. ¿ Percibe una pensión de gran invalidez ? Sí No

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

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

4. ¿ 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

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 Delegación Provincial de Bienestar Social 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 emitido por el Sistema Público de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).
- Fotocopia del DNI/ NIE/Pasaporte del solicitante.
- Certificado de empadronamiento de la persona 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 del DNI/ NIE/Pasaporte del representante legal o del guardador de hecho.

INFORME DE SALUD

Datos del Solicitante

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre	Fecha Nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte	Sexo
			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

1.-Indique los diagnósticos de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, crónico, prolongado de larga duración que presenta el solicitante:

Diagnósticos	Código CIE 9/CIAP

2.-En el caso de niños entre 0 y 6 meses, indique el peso al nacimiento en gramos: _____

3.-Indique los tratamientos actuales que tiene prescritos:

Farmacológicos	Psicoterapéutico	Si	No
		Rehabilitador	Si
	Higiénico-dietético	Si	No
	(Otros)	Si	No

4.- Indique las medidas de soporte funcional y/o ayudas técnicas que tiene prescritas:

Informe emitido por D/Dª.....

Facultativo dependiente del Organismo:

Sello o etiqueta adhesiva	Fecha y Firma