

**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	
				☐ DNI/NIF ☐ NIE ☐ Pasaporte/Otro	
				Nº:	
FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL	
Día Mes Año	☐ Hombre ☐ Mujer				
DOMICILIO (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
				CODIGO POSTAL	
LOCALIDAD	PROVINCIA		COMUNIDAD AUTONOMA		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO-E	
¿ TIENE SEGURIDAD SOCIAL ?				Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	
O ☐ SÍ ☐ NO		☐ Titular ☐ Beneficiario			

2. Datos sobre la situación de dependencia

2.1 ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?	☐ Sí ☐ No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó: y año	
2.2 ¿Tiene reconocido grado de minusvalía?	☐ Sí ☐ 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?	
☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: y año	
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la puntuación:	
2.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	☐ Sí ☐ 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 ?	☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día mes año	
3.2 ¿Reside legalmente en la actualidad en España ?	☐ Sí ☐ No
3.3 ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?	☐ Sí ☐ No
De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?	
☐ Sí ☐ No	
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	RELACION 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 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)
			☐ INSS ☐ ISFAS ☐ MUFACE ☐ MUGEJU

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	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
LOCALIDAD	PROVINCIA/COMUNIDAD		Indique la fecha desde la que reside en esta localidad		

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
			☐ DNI/NIF ☐ NIE ☐ Pasaporte/Otro
			Nº:
DOMICILIO (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera
		Piso	Puerta
LOCALIDAD	PROVINCIA		CODIGO POSTAL
			COMUNIDAD AUTONOMA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL		CORREO-E
RELACIÓN CON EL INTERESADO	☐ REPRESENTANTE LEGAL		☐ 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 Servicios Sociales de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura 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 periodos 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 periodos 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 de la persona.
- ☐ Fotocopia compulsada del DNI / NIE / Pasaporte del solicitante.
- ☐ Certificación de empadronamiento expedido por el Ayuntamiento.

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 DE SALUD DE LA PERSONA
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 229, de 15 de diciembre de 2006)

Apellidos

Nombre

Fecha Nacimiento

DNI/NIE/Pasaporte

Sexo

- Diagnósticos de enfermedades, trastornos u otras variantes de la salud, de carácter permanente, crónico o de larga duración:

Diagnósticos

En niños de 0 a 6 meses: Peso en gramos al nacer _____

- En caso de enfermedad mental, valorar la evolución por brotes y el grado de conciencia de la enfermedad.
- Tratamientos prescritos actualmente:

Farmacológico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Higiénico dietético	

- Otras medidas de soporte terapéutico, funcional y/o ayudas técnicas que tenga prescritas:

Nombre del Facultativo que emite el informe. Centro u Organismo de trabajo

Sello o etiqueta adhesiva. Fecha y firma

--