



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 ?		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario		Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							

Ejemplar para la Administración

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 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 ? 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	Rendimientos Íntegros (anual)

1.3 RENTAS DE CAPITAL

Concepto	Rendimientos Íntegros (anual)

1.4 GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES

Concepto	Rendimientos Íntegros (anual)

Ejemplar para la Administración

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 en 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

Ejemplar para la Administración

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			

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)

VI INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A LA SOLICITUD

(Marque con una X aquellos items que Ud. considere más adecuados a su situación de dependencia)

- Gestión de las prestaciones y servicios del SAAD.
- Prestaciones MUFACE, MUGEJU, ISFAS.
- Ampliación de los periodos de descanso y demás medidas en materia de personal.

OPCIÓN PREFERIDA PARA LA ATENCIÓN A SU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

SERVICIOS Y PRESTACIONES SAAD

- Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Centro de Día/Noche.
- Centro Residencial.
- Ayudas Técnicas.
- Servicios de Prevención y Promoción de la Autonomía Personal.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
- Prestación económica vinculada al servicio.
- Prestación económica de asistencia personal.
- Ampliación del permiso de paternidad.
 - Por discapacidad del menor.
 - Por hospitalización a continuación del parto.

En caso de opción por el acceso a un Centro Residencial o Centro de Día/Noche, señale el Centro y localidad por orden de preferencia.

CENTROS O SERVICIOS PREFERENTES

- Todos los centros de la Comunidad Autónoma
- Todos los centros de la/s Provincia/s de:
- Todos los centros del área geográfica:
- Sólo los centros seleccionados preferentemente

Ejemplar para la Administración

	Nombre del Centro preferente	Localidad	Provincia
1			
2			
3			
4			
5			

¿Ha solicitado plaza en Centro con anterioridad a la presente solicitud?

- Sí ¿En qué año?
- No

Demanda plaza para el cónyuge o persona en situación de análoga naturaleza

- Sí
- No

Firma del cónyuge o persona de análoga naturaleza

Las opciones que usted manifiesta en este documento no tendrá carácter vinculante a la hora de la resolución de su expediente de solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y de las prestaciones del sistema. No obstante, como declaración de voluntad libremente expresada, suponen, en su caso, la aceptación de los servicios o prestaciones indicadas, salvo manifestación expresa de desacuerdo al Programa Individual de Atención propuesto.

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 Salud y Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En, a de de 20.....

Fdo.:

ILMO SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE:

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.

VI. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A LA SOLICITUD

En este apartado deberá reflejar los motivos por los que solicita el reconocimiento de la situación de dependencia, así como los servicios y prestaciones que demanda. En el caso de las Prestaciones Económicas solamente puede marcar una de las tres que figuran en el impreso. En caso de que manifieste su interés en acceder a un centro o servicio especializado, deberá reflejar el lugar de atención y el centro por orden de preferencia, así como si demanda plaza para cónyuge o persona en situación de análoga naturaleza, junto con la firma de dicha persona acompañante. También deberá señalar si ha solicitado ingreso en Centro con anterioridad y la fecha de dicha solicitud.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

Informe de salud emitido por el Sistema Público de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). En caso de afiliación a MUFACE, MUJEJU o ISFAS, o pertenecer a colectivo con convenio especial de atención sanitaria, el Informe de salud será emitido por la entidad que corresponda.

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.