



PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO COMPROMISO
--	---	--------------------------------

COMPROMISO DE CUMPLIR CON LAS CONDICIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL RELATIVAS A LA PERSONA QUE PRESTARÁ LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PERSONAL

BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	N.º DE EXPEDIENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Don/Doña con DNI/NIE/PASAPORTE n.º
actuando en calidad de persona beneficiaria del servicio de asistencia personal, o de su representante, y

Don/Doña con DNI/NIE/PASAPORTE n.º
actuando en calidad de persona que presta asistencia personal a la persona beneficiaria arriba indicada,

SE COMPROMETE, BAJO SU RESPONSABILIDAD

A cumplir con las condiciones establecidas en materia de seguridad social relativas a la persona que prestará los servicios de asistencia a personas en situación de dependencia.

Y, para que conste y surta efecto ante la Consellería de Trabajo y Bienestar de la Comunidad de Galicia, firmo la presente declaración en:

Lugar y fecha

, de de

Fdo.:

Fdo.:



PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO DECLARACIÓN
--	---	---------------------------------

Doña/Don , con DNI nº
y domicilio en la c/ del ayuntamiento de

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

Que autorizo expresamente a la presentación electrónica de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema (BS210A), así como para la presentación del resto de la documentación necesaria derivada de esta actuación en cuanto a subsanar o acompañar los documentos preceptivos y demás documentación complementaria que se considere al efecto, por parte del/la trabajador/a social de referencia, D./Dña , con nº de colegiado , en nombre de D./Dña , como solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema según el procedimiento regulado por el Decreto 15/2010, de 4 de febrero. Asimismo, declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en esta solicitud así como en la documentación que la acompaña.

En calidad de:

- Solicitante Representante Legal Guardador de hecho

Firma

LUGAR Y FECHA

, de de



PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO SOLICITUD
--	---	-------------------------------

NÚMERO DE EXPEDIENTE A completar por la administración	A.G.E: SAAD	S.G.A.D.:
---	-------------	-----------

1. EFECTOS PARA LO QUE SE SOLICITA

(señale con una X el que proceda)

Valoración inicial
 Homologación
 Reactivación del PIA
 Revisión por mejoría/agravamiento

2. GRUPO DE EDAD AL QUE PERTENECE

Menor de tres años (de 0 hasta 3 años)
 A partir de 3 años

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

SOLICITANTE: persona que va a ser valorada y reconocida en una situación de dependencia

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/otro	<input type="text"/>
FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Otro	
<input type="radio"/> Vive en domicilio particular		<input type="radio"/> Reside en un centro residencial o sociosanitario		
DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESC., PISO, PUERTA)			LOCALIDAD	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OTRO TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/> Seguridad Social	<input type="radio"/> MUFACE	<input type="radio"/> ISFAS	<input type="radio"/> Titular	Nº TARJETA SANITARIA
<input type="radio"/> MUGEJU	<input type="radio"/> Otro tipo de asistencia	<input type="radio"/> Beneficiario/a	<input type="text"/>	

REPRESENTANTE (adjuntar documento que acredite la representación, ver explicaciones)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/otro	<input type="text"/>
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESC., PISO, PUERTA)			LOCALIDAD	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OTRO TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TIPO DE REPRESENTACIÓN				
<input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="radio"/> GUARDADOR DE HECHO <input type="radio"/> PADRE/MADRE/TUTOR DEL MENOR (menores de 18 años) <input type="radio"/> REPRESENTANTE				

TRABAJADOR/A SOCIAL (en este caso se presentará el anexo VII)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/otro	<input type="text"/>
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESC., PISO, PUERTA)			LOCALIDAD	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	Nº COLEGIADO	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DOMICILIO PARA LOS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (cubrir solo en el caso de no coincidir con el domicilio del solicitante o de su representante)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, N°, BLOQUE, ESC., PISO, PUERTA)		LOCALIDAD
<input type="text"/>		<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. UNIDAD DE CONVIVENCIA

(En este apartado se consignarán los datos del cónyuge, pareja de hecho, ascendientes, hijos/as menores de 25 años o mayores de 25 años con discapacidad que dependan económicamente del solicitante. Deberán presentar certificado de convivencia emitido por el ayuntamiento, deberá coincidir con las personas recogidas en este apartado).

APELLIDOS	NOMBRE	DNI/NIE	Fecha de nacimiento	Parentesco	Solicitaron reconocimiento de dependencia	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

5. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

(Sólo será necesario presentar los documentos que acrediten esta información en el caso de ser emitidos fuera de la Comunidad Autónoma de Galicia)

¿Tiene reconocido el grado de discapacidad? SI NO %

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó el reconocimiento: AÑO

¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona (ATP)? SI NO PUNTUACIÓN

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó el reconocimiento: AÑO

¿Tiene reconocida una incapacidad de gran invalidez? SI NO

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó: AÑO

¿Tiene reconocida la situación de dependencia? SI NO PUNTUACIÓN BVD GRADO NIVEL

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó: AÑO

Autorizo a la consellería competente en materia de servicios sociales a obtener de oficio los documentos que acreditan esta situación SI NO que obren en su poder. (Cuando sean emitidos por la Comunidad Autónoma de Galicia)

6. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

(A cumplimentar por todos/as, es necesario presentar Certificado de empadronamiento que acredite que lleva residiendo más de 5 años en territorio español, dos de los cuales deben ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud y que certifique que residen en la Comunidad Autónoma de Galicia)

¿Reside en la actualidad en la Comunidad Autónoma de Galicia? SI NO

¿Residió siempre en territorio Español? SI NO

De no residir siempre en territorio Español,

¿Residió legalmente en España durante cinco años? SI NO

De estos cinco años, ¿fueron dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? SI NO

Si la respuesta es afirmativa indique:

PERÍODOS (MES Y AÑO)	LOCALIDAD	PROVINCIA/COMUNIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Es Usted emigrante español/a retornado/a? SI NO

Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: Día/Mes/Año

7. DATOS SOBRE PRESTACIONES

(Obligado cumplimiento)

¿Percibe pensión de Gran Invalidez?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Percibe pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de tercera persona?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Percibe subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Percibe asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de tercera persona?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
En caso afirmativo indique Nombre y Apellidos del:		
BENEFICIARIO	CAUSANTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Percibe pensión del extranjero?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
En caso afirmativo, indique:		
TIPO DE PRESTACIÓN	CUANTÍA ANUAL DEL AÑO EN CURSO (PRESENTE CERTIFICADO BANCARIO)	Nº PAGAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. SERVICIOS Y PROGRAMAS

(Para cubrir por todos/as los/las beneficiarios/as)

¿Es usuario del Programa de Acogimiento Familiar?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si la respuesta es afirmativa, ¿quiere permanecer en dicho programa?		
	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Acude a un centro de día?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DEL CENTRO	LOCALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Está siendo Usted atendido en un Centro Residencial?	<input type="radio"/> Temporal	<input type="radio"/> Permanente
	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DEL CENTRO	LOCALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Es beneficiario del Servicio de Ayuda en el Hogar?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

9. EXPECTATIVA SOBRE EL SERVICIO O PRESTACIÓN QUE PODRÍA PERCIBIR

(Indique ordenándolas de mayor a menor)

SERVICIOS	Orden de preferencia numérica
Teleasistencia	<input type="text"/>
Ayuda en el hogar	<input type="text"/>
Servicio de atención diurna	<input type="text"/>
Servicio de atención de noche	<input type="text"/>
Servicio de atención residencial (Señale 3 centros preferenciales)	
1) <input type="text"/>	
2) <input type="text"/>	
3) <input type="text"/>	
Servicio de promoción de la autonomía personal	<input type="text"/>
LIBRANZAS	
Libranza vinculada al servicio de:	<input type="text"/>
Libranza para cuidados en el entorno familiar	<input type="text"/>
Libranza de asistencia personal	<input type="text"/>

10. Si sus expectativas van encaminadas hacia una Prestación Económica, indique según el caso

LIBRANZA VINCULADA		
AYUNTAMIENTO	ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LIBRANZA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR		
NOMBRE Y APELLIDOS (persona cuidadora no profesional)	PARENTESCO	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSONAL		
NOMBRE Y APELLIDOS (profesional o entidad que presta el servicio)	DNI/NIE/CIF	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nota aclaratoria: esta información es meramente informativa, de interés para la Administración. Nunca vinculante. Y debe tenerse en cuenta que los servicios serán prioritarios respecto a las prestaciones económicas, que tendrán carácter excepcional. Así como las compatibilidades recogidas en la legislación que desarrolla el Decreto.

11. Indique según el caso

El/la trabajador/a social de referencia es el de su:

Ayuntamiento Centro de salud Otros (hospital, atención especializada, etc.), especifique

12. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud,
- Que autorizo que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos, necesarias para acreditar los datos declarados con los que consten en poder de las distintas administraciones públicas competentes.
- Que quedo informado/a de la obligación de comunicar a la conselleria competente en materia de servicios sociales cualquier variación que se pueda producir en lo sucesivo.
- Que autorizo expresamente que se solicite y suministre directamente a través de medios informáticos o telemáticos a la conselleria de la Administración autonómica competente en materia de servicios sociales la información de carácter tributario a la que se hace referencia en el decreto regulador de este procedimiento.

Autorizo a la conselleria de la Administración autonómica competente en materia de servicios sociales, de conformidad con los artículos 2 y 3 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la orden de la Conselleria da Presidencia, Administracions Públics e Xustiza, de 7 de julio de 2009 que lo desarrolla, para la consulta de mis datos de identidad y residencia en los sistemas de verificación de datos de identidad y residencia del Ministerio de Presidencia.

SI NO

En el supuesto en que esta solicitud se presente por medio de representante o a través del/la trabajador/a social, la certificación de la veracidad de los datos consignados en esta, las autorizaciones para el acceso a datos por medios propios por parte da Administración, así como las obligaciones a las que se somete implican directamente a la persona interesada en nombre de la que se presenta esta solicitud o a su representante legal, que actúan por medio de estos para la presentación de esta documentación.

En calidad de: SOLICITANTE REPRESENTANTE LEGAL GUARDADOR DE HECHO TRABAJADOR SOCIAL

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

- Le informamos de que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los archivos automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en la Administración, sin que puedan ser empleados 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, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o uso fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivos de sanción (Título III de la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

13. DOCUMENTACIÓN A ANEXAR EN LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Otros documentos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Documentos recogidos en el artículo 21º del Decreto	<input type="checkbox"/>

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. Para que se inicie una revisión por empeoramiento o mejoría deberá aportarse (punto 1):

La solicitud, marcando esta casilla, Informe de condiciones de salud en el modelo oficial, emitido por el facultativo de su régimen de asistencia sanitaria, en lo que se acredite que se produjo un empeoramiento o mejoría respecto de la valoración inicialmente realizada, teniendo en cuenta que la situación debe tener carácter permanente.

Importante: para que se tramite el procedimiento de revisión a instancia de parte, debió emitirse resolución de reconocimiento de Grado y Nivel.

2. Datos de identificación de la persona en situación de dependencia (punto 3):

Reflejar el domicilio habitual de la persona solicitante, teniendo en cuenta que es el domicilio que se tomará como referencia para llevar a cabo la valoración.

Si ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

3. Datos del representante (punto 3):

Este apartado solo se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante y que ostente a condición de representante legal o guardador de hecho; en este último caso, deberá cubrir los datos del guardador de hecho en la solicitud en el apartado 3 (representante) junto con la firma de la misma servirá como declaración ante la Administración de esta circunstancia. En el caso de menores de 18 años, el representante será el padre, madre el tutor de este menor.

4. Domicilio a efectos de notificación (punto 3):

Cubrir únicamente cuando se quiera recibir las notificaciones en un domicilio distinto al de la residencia habitual del/la solicitante, o dirigidas a una persona distinta al/a la solicitante, que en todo caso deberá ser el/la representante o guardador/a.

5. Datos de residencia en España (punto 6):

Todos los solicitantes deben indicar 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, que comprendan el período exigido de cinco años.

Si el/a 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.

6. Documentación que se acerca (punto 13) I:

Deberá marcar con una X la casilla correspondiente al documento que acompaña a esta solicitud.

El certificado de empadronamiento debe ser histórico, de tal forma que se acredite el empadronamiento actual en un municipio de la Comunidad Autónoma de Galicia, la residencia en territorio español durante 5 años y 2 inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud. La validez de un certificado de empadronamiento es de tres meses.

Como documentación complementaria podrá presentarse: certificado de minusvalía, reconocimiento de gran invalidez, informes médicos de especialistas, etc.

En caso de no pertenecer al Régimen de la Seguridad Social, deberá aportarse copia de la tarjeta sanitaria correspondiente.

7. Documentación que se presenta (punto 13) II:

Documentos recogidos en el artículo 21 del decreto 15/2010, de 4 de febrero:

- Datos de identificación y convivencia:

- DNI/NIE del solicitante o cualquier otro documento acreditativo de su identidad, de conformidad con normativa vigente, en el supuesto en que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- Copia compulsada del libro de familia, que incluya la hoja en la que aparezca el nombre del/la beneficiario/a, en el caso de no poseer DNI, cuando la persona solicitante sea un menor de edad.
- Acreditación de la representación que se ostenta de la persona solicitante, en su caso, y copia compulsada del DNI/NIE del representante, en el supuesto en que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- DNI/NIE o de otro documento acreditativo de su identidad, del cónyuge o pareja de hecho, ascendentes o hijos menores de 25 años o mayores en situación de discapacidad, que dependan económicamente del solicitante, en el supuesto en que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- Cuando existan menores de edad que dependan económicamente de la persona solicitante, copia compulsada del libro de familia en el caso de que estos no posean DNI.
- Certificado de convivencia de la persona solicitante según Padrón Municipal.

- Requisitos de empadronamiento y residencia:

- Certificado de empadronamiento emitido por el ayuntamiento correspondiente que acredite la residencia en un municipio da Comunidad Autónoma en el momento de presentar la solicitud, excepto en los supuestos de personas que estén siendo atendidas dentro del sistema público de servicios sociales (residencias, centro de día, ayuda en el hogar) de la Comunidad Autónoma de Galicia, en el supuesto en que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- Certificado/s de empadronamiento emitido por los ayuntamientos correspondientes que acrediten la residencia de la persona solicitante en España durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la presentación de la solicitud.
- Certificado de empadronamiento que acredite la residencia de quien ostente a su representación, para el caso de menores de cinco años.
- Certificado emitido por el Ministerio de Interior que acredite el cumplimiento de los mismos períodos, en el supuesto de residentes que carezcan de la nacionalidad española.
- Certificado de emigrante retornado expedido en la Delegación del Gobierno correspondiente o mediante la correspondiente baja Consular, en el caso de ser emigrante retornado y no cumplir el requisito del período de residencia.

- Informe de condiciones de salud (estarán exentas de la presentación del informe sobre las condiciones de salud las personas solicitantes de homologación que tuvieran reconocida la necesidad de ayuda de tercera persona, con una puntuación de 45 puntos o más, según el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y cualificación del grado de discapacidad).

- Informe Social.

- Certificado de discapacidad con la puntuación de ayuda de tercera persona (ATP) cuando fuera emitido por otra Comunidad Autónoma, si es el caso.

- Resolución de Grado y nivel, si es el caso, cuando sea emitido por otra Comunidad Autónoma.

- Expectativa del servicio/prestación (Punto 9):

- Manifestación de la persona solicitante o de su representante, conforme al punto nº 9 y 10 del Anexo de la solicitud, de su preferencia dentro del catálogo de servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
- En el caso de solicitud de prestación económica para cuidados en el entorno familiar, certificado de empadronamiento del cuidador, declaración jurada del grado de parentesco que los une o tipo de relación si no es la filial, conforme al punto nº 11 del modelo Anexo de la solicitud, y DNI/NIE u otro documento acreditativo de su identidad.

- Datos económicos:

- Declaración del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas, certificado de toda clase de pensiones percibidas por la persona solicitante o declaración jurada de no percibir las, en el supuesto en que no se autorice a la administración para el acceso por medios propios conforme al modelo Anexo de la solicitud.
- Declaración responsable acerca del patrimonio de la persona solicitante en la que se detalle el conjunto de sus titularidades de bienes y derechos de contenido económico, de forma que quede completamente acreditada su situación patrimonial, conforme Anexo IX del decreto 15/2010, de 4 de febrero.
- Declaración del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas, certificado de toda clase de pensiones percibidas por el cónyuge o pareja de hecho, ascendentes o hijos/as menores de 25 años o mayores en situación de discapacidad, económicamente a cargo de la persona solicitante, o declaración jurada de no percibir las, en el supuesto en que no se autorice a la administración para el acceso por medios propios conforme al modelo Anexo de la solicitud.
- Declaración responsable acerca del patrimonio, conforme al modelo Anexo IX del decreto 15/2010, de 4 de febrero, del cónyuge o pareja de hecho, ascendentes o hijos/as menores de 25 años o mayores en situación de discapacidad, económicamente a cargo de la persona solicitante.

- Otros documentos.

Presentación de solicitudes

La solicitud, debidamente cumplimentada y acompañada de la documentación requerida, podrá presentarse en las oficinas de Registro de los Servicios Sociales Comunitarios del domicilio del solicitante, en los Registros de las Jefaturas Territoriales de la Consellería de Trabajo e Benestar. Asimismo cabrá presentarla en el Registro General de la Xunta de Galicia o en cualquier oficina de registro de la Administración de la Comunidad Autónoma de Galicia, así como por cualquiera de los restantes medios establecidos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, así como por medios electrónicos a través del registro electrónico de la Xunta de Galicia según lo dispuesto en el decreto 198/2010, de 2 de diciembre, por el que se regula el desarrollo de la Administración electrónica en la Xunta de Galicia y en las entidades de ella dependientes.

LEGISLACIÓN APLICABLE

Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, al procedimiento para a elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

Orden de 2 de enero de 2012, de desarrollo del Decreto 15/2010, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

FIRMA DEL / LA COMUNICANTE

, de de



PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO INFORME DE SALUD
--	---	--------------------------------------

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

(Para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

1. Solicitante (puede sustituirse por etiqueta autoadhesiva)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MOTIVO DEL INFORME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Solicitud inicial de reconocimiento de situación de dependencia <input type="radio"/> Revisión del reconocimiento	

2. En el caso de niños entre 0 y 6 meses, indique (caso afirmativo, obligado cumplimiento)

PESO EN EL MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

Menos de 1.100 g.
 Entre 1.100 e 1.500 g.
 > 1.500 e < 2.200 g.
 Más de 2.200 g.

3. 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, prolongado, crónico o de larga duración.

	Diagnósticos (obligado cumplimiento)	Fecha diagnóstico (obligado cumplimiento)	Codificación		Fase evolutiva
			Clasificación	Código	
Demencias y enfermedades neurodegenerativas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patología traumática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves del comportamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Retraso Mental / Enfermedad Mental/Deterioro Cognitivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Otras Patologías (Sistema Nervioso, Osteomusculares, aparato Respiratorio, Cardiovascular, Genéticas, Infecciosas, neoplásicas, etc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica

*Podrá presentar informes médicos que complementen el modelo normalizado.

4. Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, ortesis y prótesis prescritos* (obligado cumplimiento)

Farmacológicos	<input type="text"/>	Higiénico/dietético	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Psicoterapéutico	<input type="text"/>	Indicaciones médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou productos de apoio	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Rehabilitador	<input type="radio"/> Recibe <input type="radio"/> Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras <input type="radio"/> No recibe <input type="radio"/> No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras		
Otros	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

5. Indique las medidas de soporte funcional, soporte terapéutico y ayudas técnicas que tiene prescritas (obligado cumplimiento).

<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sueroterapia	<input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG	<input type="checkbox"/> Nutrición parental
<input type="checkbox"/> S. vesical	<input type="checkbox"/> Ostomías	<input type="checkbox"/> Absorbentes	<input type="checkbox"/> Prótesis/ortesis
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Sujeción mecánica	
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>		

6. Indique si existe necesidad de apoyo para las actividades de autocuidado (obligado cumplimiento).

Leve Moderada Grave

7. Indique si entre las patologías descritas, alguna de ellas cursa en brotes (obligado cumplimiento).

PATOLOGÍA	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO BROTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Indique si la persona se puede trasladar fuera del domicilio

SI NO

9. Identificación del profesional que emite el informe (obligado cumplimiento).

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DEL INFORME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SALUD	Nº COLEGIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma	Sello
-------	-------



PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO INFORME SOCIAL
--	---	------------------------------------

INFORME SOCIAL A EFECTOS DE SOLICITUD DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y ELABORACIÓN DEL PIA

EMITIDO POR EL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL

NÚMERO DE COLEGIADO ORGANISMO/ENTIDAD TELÉFONO

REFERENTE A DON/DOÑA

MOTIVO DEL INFORME

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO DNI/NIE

DIRECCIÓN LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA AYUNTAMIENTO

FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL TELEFONO1 TELEFONO2

PROFESIÓN SITUACIÓN LABORAL
 Activo Sin ocupación Pensionista

2. ANTECEDENTES DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

2.1. Con expediente en servicios sociales comunitarios:
 Sí, en SIUUS Sí, en otros Non

3. NÚCLEO DE CONVIVENCIA FAMILIAR

3.1. Unidad de convivencia formada por: (señalar el/la cuidador/a principal del beneficiario, si es el caso)

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco	Profesión	Situación Laboral	Valoración de discapacidad (indicar porcentaje)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2. Otros miembros de la red informal de apoyo: (señalar la relación de parentesco con la persona en situación de dependencia)

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco	Profesión	Situación Laboral	Valoración de discapacidad (indicar porcentaje)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nota: Si existe rotación de la persona en situación de dependencia, cubrir los campos en relación a la unidad de convivencia con la que convive en el momento de presentar la solicitud y señalar rotación.

3.3. En caso de personas institucionalizadas, indicar:

NOMBRE DEL CENTRO Público/concertado Privado

FECHA DE INGRESO Permanente Temporal

TIPOLOGÍA
 Centro de at. diúrno para personas mayores Centro de at. diúrno para personas con discapacidad
 Centro de at. residencial para personas mayores Centro de at. residencial para personas con discapacidad
 Otros (vivienda comunitaria, ...)

4. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

4.1. Dinámica relacional y funcionamiento de la red informal con respecto a la persona en situación de dependencia:

4.2. Análisis del cuidador/a principal

4.2.1. Perfil del cuidador/a:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Familiar y miembro de la unidad de convivencia | <input type="radio"/> Familiar que non0 convive con la persona dependiente |
| <input type="radio"/> Cuidador no familiar sin contraprestación económica | <input type="radio"/> Cuidador profesional remunerado |
| <input type="radio"/> Ausencia de cuidador | <input type="radio"/> Otros <input style="width: 150px;" type="text"/> |

4.2.2. Características del cuidado: (indicadores)

1. Fragilidad del apoyo familiar

Cuidador/a predependiente / dependencia acusada

Dificultad en la comprensión del proceso de la enfermedad / de la dependencia

Escasos conocimientos sobre los cuidados

Concurrencia de enfermedad / discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia

Cargas laborales, menores a cargo, otras personas en situación de dependencia a cargo

Signos de agotamiento físico / emocional

Dificultades de conexión social / aislamiento (o riesgo de abandono/desamparo) Ausencia de compromiso estable

2. Consistencia del apoyo familiar

Cuidador mayor de edad y buen estado general

Disponibilidad de tiempo

Seguridad económica

Conocimientos suficientes para la prestación de cuidados Disponibilidad de apoyos profesionales y complementarios Períodos de descanso

3. Riesgo de claudicación

Riesgo por impacto del cuidado

Riesgo por dificultad en la relación interpersonal

Riesgo por problemas de competencia

4.2.3. Intensidad de los cuidados: horas aproximadas de dedicación diaria:

- No se dispone de tiempo para atender la persona en situación de dependencia 1-2 2-4 4-8 Continua

4.3. Características de la persona en situación de dependencia:

4.3.1. Valoración de discapacidad

- SI NO

GRADO DISCAPACIDAD

NECESIDAD ASISTENCIA DE TERCERA PERSONA

EXISTENCIA DE DIFICULTADES PARA UTILIZAR TRANSP. PÚBLICO

4.3.2. La persona en situación de dependencia se desplaza habitualmente de su domicilio habitual

- SI NO

En caso afirmativo indicar si necesitaría el soporte de otra persona

OBSERVACIONES PROFESIONALES

4.4. Valoración de la atención a la persona en situación de dependencia:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene una fragilidad: | <input type="radio"/> Alta | <input type="radio"/> Media | <input type="radio"/> Baja |
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene una consistencia | <input type="radio"/> Alta | <input type="radio"/> Media | <input type="radio"/> Baja |
| El apoyo de la unidad de convivencia tiene un riesgo de claudicación | <input type="radio"/> Alto | <input type="radio"/> Medio | <input type="radio"/> Bajo |
| La atención a la persona en situación de dependencia es: | <input type="radio"/> Buena | <input type="radio"/> Regular | <input type="radio"/> Mala |

5. RECURSOS Y SERVICIOS FORMALES DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

5.1. Recursos y servicios formales que percibe/disfruta el solicitante (públicos y /o privados):

5.1.1. La persona en situación de dependencia está atendida en su domicilio con un servicio de proximidad:

Teleasistencia Ayuda a domicilio Otros

INTENSIDAD HORARIA DEL SERVICIO (HORAS/MES) ORGANISMO/ENTIDADE PRESTATARIA

Público/concertado Privado En este caso indique si percibe cheque asistencial SI NO

FECHA DEL SERVICIO CUANTÍA DEL SERVICIO (MENSUAL) Indicar la necesidad de permanencia en este programa SI NO

5.1.2. La persona en situación de dependencia está siendo atendida en su domicilio por un cuidador/a del entorno:

Cuidador familiar Persona del entorno Asistente persoal Cuidador profesional remunerado Otro

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO DNI/NIF/NIE

ENDEREZO CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA AYUNTAMIENTO FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO SEXO Hombre Mujer REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL DESDE QUE FECHA RESIDE EN LA LOCALIDAD

Si no existe relación de parentesco hasta 3º de consanguinidad/afinidad, señalar si lleva mas de 1 año viviendo en el mismo ayuntamiento del solicitante u otro vecino:
 SI NO

Formación específica de la persona cuidadora:
 SI NO

5.1.3. La persona en situación de dependencia está atendida en un Centro de Día o Residencial:

Centro de atención diurna Centro de atención residencial

Temporal Permanente Público/concertado Privado Indique si percibe cheque asistencial SI NO

TIPOLOGÍA
 Personas mayores Con discapacidad Especializado

DENOMINACIÓN DEL CENTRO INTENSIDAD HORARIA

ORGANISMO/ENTIDAD FECHA DE INGRESO CUANTÍA DE LA PLAZA (MES)

DIRECCIÓN DEL CENTRO LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA AYUNTAMIENTO

5.2. Recursos y servicios que podrían cubrir sus necesidades (cumplimentar sólo cuando no coincida con el recurso o servicio que ya percibe. Enumerar e indicar intensidad)

6. SITUACIÓN DEL ENTORNO SOCIAL

6.1. Vivienda

* Tipo de vivienda:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Sin vivienda | <input type="radio"/> Chabola | <input type="radio"/> Casa prefabricada | <input type="radio"/> Caravana |
| <input type="radio"/> En situación de desahucio | <input type="radio"/> Piso, apartamento | <input type="radio"/> Vivienda unifamiliar | <input type="radio"/> Vivienda colectiva |
| <input type="radio"/> Pensión | <input type="radio"/> Habitación realquilada | <input type="radio"/> Albergue | |

* Régimen de tenencia:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Propia o de algún miembro de la unidad familiar | <input type="radio"/> Realquilada | <input type="radio"/> Cedida o facilitada | <input type="radio"/> Vivienda alquilada |
| <input type="radio"/> Centro asistencial | | | |

* Condiciones de habitabilidad de vivienda:

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Adecuadas | <input type="radio"/> Hacinamiento | <input type="radio"/> Insalubridad/inhabitabilidad |
| <input type="radio"/> Existencia de dispositivos de riesgo | | <input type="radio"/> Carece de algún servicio básico |

Especificar:

* Accesibilidad de la vivienda:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Sin barreras arquitectónicas | <input type="radio"/> Con barreras en el acceso a la vivienda |
| <input type="radio"/> Con adaptaciones funcionales | <input type="radio"/> Con barreras en el interior de la vivienda |

Descripción:

6.2. Características de la zona en que habita:

* Localización de la vivienda:

- | | | | |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Zona urbana | <input type="radio"/> Zona semiurbana/semirural | <input type="radio"/> Zona rural | <input type="radio"/> Zona rural aislada |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|--|

* Acceso a equipamientos sociosanitarios:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Buenas comunicaciones y accesos | <input type="radio"/> Comunicaciones deficientes |
|---|--|

7. SITUACIÓN ECONÓMICA: (Solamente cuando no coincidan los datos con la solicitud)

7.1. Ingresos del solicitante:

Ingresos netos (pensiones, prestaciones económicas, retribuciones ...):

CONCEPTO	CUANTÍA	Nº PAGAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rendimientos de capital mobiliario (intereses, venta de valores, letras del tesoro, plazo fijo ...):

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otros rendimientos (de capital inmobiliario, actividades económicas ...):

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ganancias y pérdidas patrimoniales (venta de acciones, venta de inmuebles, reembolso de fondos de inversión ...):

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gastos fijos de la persona en situación de dependencia (alquileres, hipotecas, servicios de carácter público y/o privado de cuidados y atención a la persona en situación de dependencia..):

CONCEPTO	CUANTÍA ANUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. OTROS DATOS DE INTERES Y VALORACIÓN PROFESIONAL

8.1. Propuesta de servicios y otros apoyos idóneos: (teniendo en cuenta que los servicios son prioritarios y la prestaciones económicas tienen carácter excepcional)

- Teleasistencia Ayuda en el hogar Servicio de atención diurna Servicio de atención de noche
- Servicio de atención residencial Libranza de servicio de: Asistencia personal
- Sin acompañante Con acompañante Servicio de promoción de la autonomía personal
- Cuidados en el entorno por cuidador familiar Otros (RESPIRO) Ayudas para la autonomía personal

* Intensidad de la/s propuesta/s (horas/mes) y entidad prestataria:

* Datos del cuidador/a del entorno y/o asistente personal (cumplimentar sólo cuando no coincida con los datos del cuidador del punto 5.1.2.):

- Cuidador familiar Persona del entorno Asistente personal

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO DNI/NIF/NIE

DOMICILIO (CALLE/PLAZA, N°, BLOQUE, ESCALERA, PISO, PUERTA) CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA AYUNTAMIENTO FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO SEXO Hombre Mujer REG. SEGURIDAD SOCIAL DESDE QUE FECHA RESIDE EN LA LOCALIDAD

Si no existe relación de parentesco hasta 3º de consanguinidad/afinidad, señalar si lleva más de un año viviendo en el mismo ayuntamiento del solicitante o en otro vecino:

- SI NO

Formación específica de la persona cuidadora:

- SI NO

* Datos del centro propuesto (cumplimentar sólo cuando no coincida con los datos del apartado 4.1.3.):

- Centro de atención diurna Centro de atención residencial
- Temporal Permanente Público/concertado Privado Indique si percibe cheque asistencial SI NO

TIPOLOGÍA

- Personas mayores Con discapacidad Especializado

DENOMINACIÓN DEL CENTRO INTENSIDAD HORARIA

ORGANISMO/ENTIDAD FECHA DE INGRESO CUANTÍA DE LA PLAZA (MES)

DIRECCIÓN DEL CENTRO PROVINCIA AYUNTAMIENTO

* En el caso de la modalidad de ayuda en el hogar y de asistencia personal especificar qué tipo de atenciones necesitaría y para qué actividades y tareas:

* En el caso de la modalidad de cuidados en el entorno especificar la necesidad de respiro para el cuidador/a, indicando el servicio propuesto y la intensidad del respiro:

Diagnóstico social y valoración profesional:

FIRMA DEL/LA TRABALLADOR/A SOCIAL

SELLO

Lugar y fecha

, de de



PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS210A	DOCUMENTO AUTORIZACIÓN
--	---	----------------------------------

AUTORIZACIÓN

Solo firmar si se cubre el punto 4 de la solicitud (deberán firmar todos los consignados en el punto 4) y/o el punto 10 (por el cuidador no profesional en el supuesto de que no pertenezca a la unidad de convivencia)

Autorizo expresamente a que se solicite y se suministre directamente a través de medios informáticos o telemáticos a la consellería de la Administración Autonómica con competencia en materia de dependencia la información de carácter tributaria necesaria y al acceso a los datos del DNI por medios digitales.

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónyuge/Pareja Hijo/a Ascendente

FIRMA

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónyuge/Pareja Hijo/a Ascendente

FIRMA

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónyuge/Pareja Hijo/a Ascendente

FIRMA

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónyuge/Pareja Hijo/a Ascendente

FIRMA

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación de parentesco Cónyuge/Pareja Hijo/a Ascendente

FIRMA

DATOS DEL/LA CUIDADOR/A

(Sólo cubrir en caso de que el/la cuidador/a no sea miembro de la unidad de convivencia, caso en el que cumplimentará y firmará en el cuadro anterior)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA