



Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia

1.- Datos de el/la solicitante:

NIF / NIE			Nombre						
Primer apellido				Segundo apellido					
Fecha nacimiento			Sexo:	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer	Estado civil			
NIF / NIE cónyuge			Nombre y Apellidos cónyuge						
Nacionalidad				Segunda nacionalidad					
Domicilio	Tipo de vía			Nombre de vía					
Número		Bloque		Escalera		Piso		Puerta	
CP	Localidad					Provincia			
Tfno fijo			Tfno móvil			Correo electrónico			

2.- Datos de el/la representante:

NIF / NIE			Nombre					
Primer apellido				Segundo Apellido				
Tfno fijo			Tfno móvil			Correo electrónico		
Relación con solicitante						Representante legal:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)											
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado											
	Tipo de vía			Nombre de vía								
	Número		Bloque		Escalera		Piso		Puerta		CP	
	Localidad				Provincia			País				

4.- Otros datos de el/la solicitante:

4.1.- Datos sobre la situación de dependencia:

¿Tiene reconocido grado de discapacidad?	<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No		
Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de discapacidad y el porcentaje:						
<input type="radio"/> Física	%	<input type="radio"/> Intelectual	%	<input type="radio"/> Física-Intelectual	%	<input type="radio"/> Enfermedad mental (*)
¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona (ATP)?	<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No		
Si la respuesta es afirmativa, indique los puntos ATP que tiene reconocidos						
¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No		

(*) Si se señala esta opción no habrá que cumplimentar la ficha de trámite de consulta, ya que el acceso al servicio de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario para personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica se realiza a través de los servicios de salud mental.

4.2.- Datos de convivencia:

Señale una opción (x):	<input type="radio"/> ¿Vive solo?	<input type="radio"/> ¿Ingresado en centro residencial?	<input type="radio"/> ¿Convive con otras personas? (*)
------------------------	-----------------------------------	---	--

(*) Si señala esta opción, indique los datos de las personas con las cuales convive actualmente



Comunidad de Madrid

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN	AÑO DE INICIO CONVIVENCIA

4.3.- Datos sobre prestaciones públicas:

¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona?				<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa indique:					
NOMBRE Y APELLIDOS PERCEPTOR	NIF/NIE	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE		
			<input type="radio"/> INSS <input type="radio"/> ISFAS <input type="radio"/> MUFACE <input type="radio"/> MUGEJU (Reg. Gral.) (*)		
¿Percibe algún tipo de prestación pública de algún Régimen Especial de la Seguridad Social?				<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa indique:		CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE		
			<input type="radio"/> ISFAS <input type="radio"/> MUFACE <input type="radio"/> MUGEJU (*)		

5.- Documentación requerida:

Documentos que se acompañan a la solicitud	
Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que el solicitante reside en un municipio de la Comunidad de Madrid, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	<input type="checkbox"/>
En el caso de extranjeros no comunitarios , certificado del Ministerio del Interior que acredite que el solicitante dispone de residencia legal en España , y que la ha tenido al menos por cinco años, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	<input type="checkbox"/>
Informe de salud actualizado	<input type="checkbox"/>
Informe social (aportar por los Servicios Sociales municipales)	<input type="checkbox"/>
En el caso de tener reconocido algún grado de discapacidad: Documento emitido por el órgano competente de otra Comunidad Autónoma que lo acredite	<input type="checkbox"/>
Declaración del Impuesto sobre Patrimonio, en caso de estar obligado	<input type="checkbox"/>
La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y apporto documento
NIF/NIE del solicitante en vigor	<input type="checkbox"/>
NIF/NIE del representante en vigor, en su caso	<input type="checkbox"/>
En caso de que el solicitante sea pensionista de gran invalidez, copia del documento que lo acredite	<input type="checkbox"/>
En el caso de tener reconocido algún grado de discapacidad: Documento emitido por el órgano competente de la Comunidad de Madrid que lo acredite.	<input type="checkbox"/>
Declaración de la Renta del último año fiscal exigible a la fecha de presentación de esta solicitud	<input type="checkbox"/>
Certificado de pensiones del último año fiscal exigible a la fecha de presentación de esta solicitud	<input type="checkbox"/>

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.



Comunidad de Madrid

6.- Entidad bancaria (*):

IBAN	Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta

(*) En la cuenta aportada debe aparecer como **titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia**.

Con la firma de esta solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en esta cuenta corriente/libreta de ahorro las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, como pago de la estancia en un centro de atención residencial a personas mayores perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid.

7.- Declaraciones responsables del solicitante / representante:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En, a..... de..... de.....

FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

DESTINATARIO