

**AJUNTAMENT DE:  
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA  
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ Nº IDENTIFICACIÓN
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

**B SERVEIS O PRESTACIONS  
SERVICIOS O PRESTACIONES**

Dels serveis i prestacions que conformen el catàleg del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència a la Comunitat Valenciana, assenyalare amb una X quins desitjaria rebre, podent assenyalar a més de la teleassistència, com a màxim 2 recursos compatibles. Sempre tenint en compte les compatibilitats establides en la normativa autonòmica vigent en matèria de dependència i que amb caràcter general s'indiquen en l'apartat E.

En cas que tinga ja concedit o en tràmit algun recurs del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència, i el que desitja és mantindre aquestes preferències però afegint un altre recurs més que siga compatible amb l'anterior, senyale en aquest apartat tots els recursos que desitja rebre. És a dir, senyale tant els concedits o els que té en tràmit com els nous recursos compatibles. En cas de no senyalar els recursos de dependència que tinga ja concedits o en tràmit, s'entendrà que no desitja ja rebre'ls.

**AMB AQUEST DOCUMENT QUEDEN DETERMINADES AMB CARÀCTER DEFINITIU LES SEUES PREFERÈNCIES I QUEDA ANUL·LAT QUALSEVOL ALTRE PRESENTAT AMB ANTERIORITAT.**

*De los servicios y prestaciones que conforman el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Valenciana, señale con una X cuales desearía recibir, pudiendo señalar además de la teleasistencia, como máximo 2 recursos compatibles. Siempre teniendo en cuenta las compatibilidades establecidas en la normativa autonómica vigente en materia de dependencia y que con carácter general se indican en el apartado E.*

*En caso de que tenga ya concedido o en trámite algún recurso del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, y lo que desea es mantener dichas preferencias pero añadiendo otro recurso más que sea compatible con el anterior, señale en este apartado todos los recursos que desea recibir. Es decir, señale tanto los concedidos o los que se tiene en trámite como los nuevos recursos compatibles. En caso de no señalar los recursos de dependencia que tenga ya concedidos o en trámite, se entenderá que no desea ya recibirlos.*

**CON ESTE DOCUMENTO QUEDAN DETERMINADAS CON CARÁCTER DEFINITIVO SUS PREFERENCIAS QUEDANDO ANULADO CUALQUIER OTRO PRESENTADO CON ANTERIORIDAD.**

- Serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal (especifiqueu-ne el servei):  
*Servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal (especificar el servicio):* \_\_\_\_\_  
Prestació vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal (especifiqueu-ne el servei):  
*Prestación vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal (especificar el servicio):* \_\_\_\_\_
- Servei d'habitatge tutelat  
*Servicio de vivienda tutelada*
- Servei de teleassistència (haurà d'aportar el model Servei de teleassistència)  
*Servicio de teleasistencia (tendrá que aportar el modelo Servicio de teleasistencia)*
- Servei d'ajuda a domicili  
*Servicio de ayuda a domicilio*
- Prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili  
*Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio*
- Servei d'atenció diürna (centre de dia/centre ocupacional). Indique tres centres per ordre de preferència:  
*Servicio de atención diurna (centro de día/centro ocupacional). Indique tres centros por orden de preferencia:*
- 1r \_\_\_\_\_  
1º \_\_\_\_\_
- 2n \_\_\_\_\_  
2º \_\_\_\_\_
- 3r \_\_\_\_\_  
3º \_\_\_\_\_
- Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna (centre de dia/centre ocupacional)  
*Prestación económica vinculada al servicio de atención diurna (centro de día/centro ocupacional)*
- Servei d'atenció residencial. Indique'n tres per ordre de preferència:  
*Servicio de atención residencial. Indique tres por orden de preferencia:*
- 1r \_\_\_\_\_  
1º \_\_\_\_\_
- 2n \_\_\_\_\_  
2º \_\_\_\_\_
- 3r \_\_\_\_\_  
3º \_\_\_\_\_
- Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial / *Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial*
- Prestació econòmica d'assistència personal / *Prestación económica de asistencia personal*
- Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a les persones cuidadores no professionals (haurà d'aportar el model Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora no professional)  
*Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales (deberá aportar el modelo Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional)*

**AJUNTAMENT DE:  
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA  
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ Nº IDENTIFICACIÓN
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

**B SERVEIS O PRESTACIONS  
SERVICIOS O PRESTACIONES**

Dels serveis i prestacions que conformen el catàleg del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència a la Comunitat Valenciana, assenyal amb una X quins desitjaria rebre, podent assenyalar a més de la teleassistència, com a màxim 2 recursos compatibles. Sempre tenint en compte les compatibilitats establides en la normativa autonòmica vigent en matèria de dependència i que amb caràcter general s'indiquen en l'apartat E.

En cas que tinga ja concedit o en tràmit algun recurs del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència, i el que desitja és mantindre aquestes preferències però afegint un altre recurs més que siga compatible amb l'anterior, senyale en aquest apartat tots els recursos que desitja rebre. És a dir, senyale tant els concedits o els que té en tràmit com els nous recursos compatibles. En cas de no senyalar els recursos de dependència que tinga ja concedits o en tràmit, s'entendrà que no desitja ja rebre'ls.

**AMB AQUEST DOCUMENT QUEDEN DETERMINADES AMB CARÀCTER DEFINITIU LES SEUES PREFERÈNCIES I QUEDA ANUL·LAT QUALSEVOL ALTRE PRESENTAT AMB ANTERIORITAT.**

*De los servicios y prestaciones que conforman el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Valenciana, señale con una X cuales desearía recibir, pudiendo señalar además de la teleasistencia, como máximo 2 recursos compatibles. Siempre teniendo en cuenta las compatibilidades establecidas en la normativa autonómica vigente en materia de dependencia y que con carácter general se indican en el apartado E.*

*En caso de que tenga ya concedido o en trámite algún recurso del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, y lo que desea es mantener dichas preferencias pero añadiendo otro recurso más que sea compatible con el anterior, señale en este apartado todos los recursos que desea recibir. Es decir, señale tanto los concedidos o los que se tiene en trámite como los nuevos recursos compatibles. En caso de no señalar los recursos de dependencia que tenga ya concedidos o en trámite, se entenderá que no desea ya recibirlos.*

**CON ESTE DOCUMENTO QUEDAN DETERMINADAS CON CARÁCTER DEFINITIVO SUS PREFERENCIAS QUEDANDO ANULADO CUALQUIER OTRO PRESENTADO CON ANTERIORIDAD.**

- Serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal (especifiqueu-ne el servei):  
*Servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal (especificar el servicio):* \_\_\_\_\_
- Prestació vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal (especifiqueu-ne el servei):  
*Prestación vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal (especificar el servicio):* \_\_\_\_\_
- Servei d'habitatge tutelat  
*Servicio de vivienda tutelada*
- Servei de teleassistència (haurà d'aportar el model Servei de teleassistència)  
*Servicio de teleasistencia (tendrá que aportar el modelo Servicio de teleasistencia)*
- Servei d'ajuda a domicili  
*Servicio de ayuda a domicilio*
- Prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili  
*Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio*
- Servei d'atenció diürna (centre de dia/centre ocupacional). Indique tres centres per ordre de preferència:  
*Servicio de atención diurna (centro de día/centro ocupacional). Indique tres centros por orden de preferencia:*
- 1r \_\_\_\_\_  
1º \_\_\_\_\_
- 2n \_\_\_\_\_  
2º \_\_\_\_\_
- 3r \_\_\_\_\_  
3º \_\_\_\_\_
- Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna (centre de dia/centre ocupacional)  
*Prestación económica vinculada al servicio de atención diurna (centro de día/centro ocupacional)*
- Servei d'atenció residencial. Indique'n tres per ordre de preferència:  
*Servicio de atención residencial. Indique tres por orden de preferencia:*
- 1r \_\_\_\_\_  
1º \_\_\_\_\_
- 2n \_\_\_\_\_  
2º \_\_\_\_\_
- 3r \_\_\_\_\_  
3º \_\_\_\_\_
- Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial / *Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial*
- Prestació econòmica d'assistència personal / *Prestación económica de asistencia personal*
- Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a les persones cuidadores no professionals (haurà d'aportar el model Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora no professional)  
 *Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales (deberá aportar el modelo Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional)*

**C CAPACITAT ECONÒMICA  
CAPACIDAD ECONÓMICA**

S'ha d'omplir únicament en cas de variació en la composició de la unitat familiar o de la situació econòmica familiar pel que fa a les dades contingudes en la sol·licitud inicial.

**Cumplimentar únicamente en caso de variación en la composición de la unidad familiar o en la situación económica familiar con respecto a los datos contenidos en la solicitud inicial.**

La unitat familiar de la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència està integrada pels següents membres (no l'emplene si vosté és l'únic component de la seua unitat familiar):

*La unidad familiar de la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia está integrada por los siguientes miembros (no rellenar si usted es el único componente de la unidad familiar):*

PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	NOM I COGNOMS DEL CÒNJUGE, PARELLA DE FET I FILLS O FILLES A CÀRREC NOMBRE Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE, PAREJA DE HECHO E HIJOS O HIJAS A CARGO	DNI / NIE DNI / NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	SIGNATURA PER A AUTORITZACIÓ ACCÉS A DADES FIRMA PARA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS

Mitjançant la seua signatura en la columna corresponent de la taula anterior, els membres de la unitat familiar AUTORITZEN expressament l'administració de la Generalitat a sol·licitar i obtindre de forma telemàtica les dades d'identitat, de residència i econòmiques d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència, de les prestacions que pugen derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que és procedisca a calcular-les i es verifique el compliment des seus requisits. S'entendrà que no autoritza l'accés a les seues dades la persona que no signe en l'apartat corresponent, i en aquest cas estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

*Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla anterior, los miembros de la unidad familiar AUTORIZAN expresamente a la administración de la Generalitat a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia y económicos de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia, de las prestaciones que puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos. Se entenderá que no autoriza el acceso a sus datos la persona que no firme en el apartado correspondiente, en cuyo caso estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.*

Si vosté es troba integrat en una unitat familiar amb fills o filles a càrrec, pot sol·licitar que compte com a renda personal la renda de la unitat familiar.

Per a això ha de marcar el requadre següent:

*Si usted se encuentra integrado en una unidad familiar con hijos o hijas a cargo, puede solicitar que compute como renta personal la renta de la unidad familiar. Para ello ha de marcar el recuadro siguiente:*

- Sol·licite que compte com a renda personal la renda de la meua unitat familiar.  
 Solicito que compute como renta personal la renta de mi unidad familiar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
La persona sol·licitant                                  La persona representant legal                                  La persona guardadora de fet  
*La persona solicitante                                  La persona representante legal                                  La persona guardadora de hecho*

Signatura:                                  Signatura:                                  Signatura:  
Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats ADA i SIDEPENDENCIA, creats per a gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de les quals es realitzarà conforme a la LO 15/2009, de protecció de dades de caràcter personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant de la qual la persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.  
*Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados ADA y SIDEPENDENCIA, creados para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009, de protección de datos de carácter personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.*

C CAPACITAT ECONÒMICA  
CAPACIDAD ECONÓMICA

S'ha d'omplir únicament en cas de variació en la composició de la unitat familiar o de la situació econòmica familiar pel que fa a les dades contingudes en la sol·licitud inicial.

**Cumplimentar únicament en caso de variación en la composición de la unidad familiar o en la situación económica familiar con respecto a los datos contenidos en la solicitud inicial.**

La unitat familiar de la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència està integrada pels següents membres (no l'emplene si vostè és l'únic component de la seua unitat familiar):

La unidad familiar de la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia está integrada por los siguientes miembros (no rellenar si usted es el único componente de la unidad familiar):

PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	NOM I COGNOMS DEL CÒNJUGE, PARELLA DE FET I FILLS O FILLES A CÀRREC NOMBRE Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE, PAREJA DE HECHO E HIJOS O HIJAS A CARGO	DNI / NIE DNI / NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	SIGNATURA PER A AUTORIZACIÓ ACCÉS A DADES FIRMA PARA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS

Mitjançant la seua signatura en la columna corresponent de la taula anterior, els membres de la unitat familiar AUTORITZEN expressament l'administració de la Generalitat a sol·licitar i obtindre de forma telemàtica les dades d'identitat, de residència i econòmiques d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència, de les prestacions que pugen derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que es procedisca a calcular-les i es verifique el compliment des seus requisits. S'entendrà que no autoritza l'accés a les seues dades la persona que no signe en l'apartat corresponent, i en aquest cas estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla anterior, los miembros de la unidad familiar AUTORIZAN expresamente a la administración de la Generalitat a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia y económicos de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia, de las prestaciones que puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos. Se entenderá que no autoriza el acceso a sus datos la persona que no firme en el apartado correspondiente, en cuyo caso estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Si vostè es troba integrat en una unitat familiar amb fills o filles a càrrec, pot sol·licitar que compte com a renda personal la renda de la unitat familiar.

Per a això ha de marcar el requadre següent:

Si usted se encuentra integrado en una unidad familiar con hijos o hijas a cargo, puede solicitar que compute como renta personal la renta de la unidad familiar. Para ello ha de marcar el recuadro siguiente:

Sol·licite que compte com a renda personal la renda de la meua unitat familiar.

Solicito que compute como renta personal la renta de mi unidad familiar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
La persona sol·licitant  
La persona solicitante

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
La persona representant legal  
La persona representante legal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
La persona guardadora de fet  
La persona guardadora de hecho

Signatura:  
Firma: \_\_\_\_\_

Signatura:  
Firma: \_\_\_\_\_

Signatura:  
Firma: \_\_\_\_\_

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats ADA i SIDEPENDENCIA, creats per a gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de les quals es realitzarà conforme a la LO 15/2009, de protecció de dades de caràcter personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant de la qual la persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados ADA y SIDEPENDENCIA, creados para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009, de protección de datos de carácter personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

**D DOCUMENTACIÓ QUE S'HA D'APORTAR JUNTAMENT AMB ESTA SOL·LICITUD  
DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD**

- Informe tècnic realitzat pels serveis socials municipals corresponents, que serà remès directament pel citat servei municipal al sistema d'informació de dependència que gestiona aquesta conselleria.  
*Informe técnico realizado por los servicios sociales municipales correspondientes, que será remitido directamente por el citado servicio municipal al sistema de información de dependencia que gestiona esta consellería.*
- En cas que la persona beneficiària opte per algun dels següents serveis per a l'atenció de persones amb malaltia mental crònica: CRIS (centres de rehabilitació i integració social), centres de dia per a persones amb malaltia mental crònica, CEEM (centre específic per a malalts mentals) o habitatges tutelats, haurà d'adjuntar un informe clínic del servei de salut mental en el qual estiga atesa i que incloga la derivació al servei sol·licitat. / *En caso de que la persona beneficiaria opte por alguno de los siguientes servicios para la atención de personas con enfermedad mental crónica: CRIS (centros de rehabilitación e integración social), centros de día para personas con enfermedad mental crónica, CEEM (centro específico para enfermos mentales) o viviendas tuteladas, deberá adjuntar un informe clínico del servicio de salud mental en el que esté atendida y que incluya la derivación al servicio solicitado.*
- Quan la persona beneficiària es trobe rebent de forma privada algun dels serveis degudament acreditats per la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, i opte per seguir rebent-lo com a prestació vinculada al servei, haurà d'aportar una fotocòpia del contracte i les tres últimes factures mensuals anteriors a la data de presentació de la sol·licitud.  
*Cuando la persona beneficiaria se encuentre recibiendo de forma privada alguno de los servicios debidamente acreditados por la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, y opte por seguir recibiendo el mismo como prestación vinculada al servicio, deberá aportar una fotocopia del contrato y las tres últimas facturas mensuales anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.*
- Fitxa de manteniment de tercers a efectes de domiciliació bancària, en cas de no haver-la aportat amb anterioritat o haver canviat de compte.  
*Ficha de mantenimiento de terceros a efectos de domiciliación bancaria, en caso de no haberla aportado con anterioridad o haber cambiado de cuenta.*
- En el cas de persones incapacitades o presumptament incapaces que sol·liciten servei residencial, haurà d'aportar la resolució judicial d'incapacitació o, si es el cas, la interlocutòria d'internament. / *En el caso de personas incapacitadas o presuntamente incapaces que soliciten servicio residencial, deberá aportar la resolución judicial de incapacitación o, en su caso, el auto de internamiento.*
- En el cas que la persona beneficiària opte pel servei de teleassistència haurà d'adjuntar el model de servei de teleassistència.  
*En el caso de que la persona beneficiaria opte por el servicio de teleasistencia deberá adjuntar el modelo de servicio de teleasistencia.*
- En el cas que la persona beneficiària opte per la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals haurà d'adjuntar el model Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora no professional. En cas de tindre dues persones cuidadores, es presentarà la citada documentació per a cadascuna d'elles.  
*En el caso de que la persona beneficiaria opte por la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales deberá adjuntar el modelo Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional. En caso de tener dos personas cuidadoras, se presentará la citada documentación para cada una de ellas.*

**E INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD I COMPATIBILITATS GENERALS  
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD Y COMPATIBILIDADES GENERALES**

**ABANS D'ESCRIBURE, LLIJA DETINGUDAMENT ELS APARTATS DE LA SOL·LICITUD, ESCRIGA AMB CLAREDAT I AMB LLETRES EN MAJÚSCULES.**

Aquest model s'utilitzarà per a sol·licitar qualsevol canvi o ampliació de preferències, quan tinga vosté un servei o prestació del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència a la Comunitat Valenciana concedit o en tràmit. Per tant, podrà utilitzar aquest imprés en els supòsits següents:

- Quan encara no estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) per sol·licitar un canvi de preferències o una ampliació d'aquestes.
- Quan ja estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) i desitge sol·licitar una revisió del seu PIA per canvi a un recurs diferent al que ja té concedit.
- Quan ja estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) i desitge sol·licitar una ampliació del seu PIA sol·licitant el mateix recurs concedit més altres complementaris

També s'utilitzarà per a esmenar requeriments d'emplenament correcte de les preferències inicials.

**APARTAT A**

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència tinga representant legal, serà aquesta persona qui haurà de signar la sol·licitud.

En el cas que la present sol·licitud siga signada únicament per la persona guardadora de fet, haurà d'aportar a més:

- Declaració de la persona guardadora de fet, en model normalitzat.
- Autorització d'accés a dades subscrita per la persona sol·licitant, en model normalitzat, en la qual autoritza a l'administració pública a obtenir les seues dades d'identitat, residència, econòmiques o sanitàries. En cas de no autoritzar aquest accés, haurà d'aportar la documentació acreditativa de les mateixes:
  - Fotocòpia del DNI/NIE
  - Certificat o volant d'empadronament
  - Certificat de pensions emès per l'INSS
  - Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.

**APARTAT B**

Ha d'assenyalar tots els serveis o prestacions del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència que desitja rebre tenint en compte que aquest document anul·la qualsevol sol·licitud de preferències presentada amb anterioritat:

- Quan vosté tinga un servei o prestació del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència concedit o en tràmit i no desitge mantenir-lo, no ha de senyalar-lo amb una X en aquest apartat. Senyale únicament el servei o prestació que desitja rebre.
- Quan vosté tinga un servei o prestació del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència concedit o en tràmit i sí desitge mantenir-lo ha de senyalar-lo amb una X en aquest apartat, ja que en cas contrari s'entendrà que no desitja rebre aquest servei o prestació.
- Si vosté a més desitja sol·licitar un nou servei o prestació que se sume al que vosté té concedit o en tràmit, i siga compatible conforme al règim de compatibilitats que es recullen en aquest apartat, senyale'l també amb una X.

Així mateix, haurà de tenir en compte el règim de compatibilitats generals establert en la normativa autonòmica vigent en matèria de dependència:

- Serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal i, si no és possible, prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, que podran ser compatibles entre si així com amb altres prestacions del catàleg: amb el servei de teleassistència; o amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals; o amb el servei d'ajuda a domicili o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili; o amb la prestació econòmica d'assistència personal.
- Servei de teleassistència que podrà ser compatible amb tots els serveis i prestacions del catàleg a excepció del servei d'atenció residencial i la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial.
- Servei d'ajuda a domicili o prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal; o amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'atenció diürna o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna (en cas de centre ocupacional compatible per a graus III, II o I, i en cas de centre de dia només compatible per a graus III i II).
- Servei d'atenció diürna, i si no és possible prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna, que podrà ser compatible amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'ajuda a domicili o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili (en cas de servei d'atenció diürna de centre ocupacional és compatible per a graus III, II o I, i en el cas de servei d'atenció diürna de centre de dia és només compatible per a graus III i II); o amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals.
- Prestació econòmica d'assistència personal que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal i amb el servei de teleassistència

**D DOCUMENTACIÓ QUE S'HA D'APORTAR JUNTAMENT AMB ESTA SOL·LICITUD  
DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD**

- Informe tècnic realitzat pels serveis socials municipals corresponents, que serà remès directament pel citat servei municipal al sistema d'informació de dependència que gestiona aquesta conselleria.  
*Informe técnico realizado por los servicios sociales municipales correspondientes, que será remitido directamente por el citado servicio municipal al sistema de información de dependencia que gestiona esta consellería.*
- En cas que la persona beneficiària opte per algun dels següents serveis per a l'atenció de persones amb malaltia mental crònica: CRIS (centres de rehabilitació i integració social), centres de dia per a persones amb malaltia mental crònica, CEEM (centre específic per a malalts mentals) o habitatges tutelats, haurà d'adjuntar un informe clínic del servei de salut mental en el qual estiga atesa i que incloga la derivació al servei sol·licitat. / *En caso de que la persona beneficiaria opte por alguno de los siguientes servicios para la atención de personas con enfermedad mental crónica: CRIS (centros de rehabilitación e integración social), centros de día para personas con enfermedad mental crónica, CEEM (centro específico para enfermos mentales) o viviendas tuteladas, deberá adjuntar un informe clínico del servicio de salud mental en el que esté atendida y que incluya la derivación al servicio solicitado.*
- Quan la persona beneficiària es trobe rebent de forma privada algun dels serveis degudament acreditats per la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, i opte per seguir rebent-lo com a prestació vinculada al servei, haurà d'aportar una fotocòpia del contracte i les tres últimes factures mensuals anteriors a la data de presentació de la sol·licitud.  
*Cuando la persona beneficiaria se encuentre recibiendo de forma privada alguno de los servicios debidamente acreditados por la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, y opte por seguir recibiendo el mismo como prestación vinculada al servicio, deberá aportar una fotocopia del contrato y las tres últimas facturas mensuales anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.*
- Fitxa de manteniment de tercers a efectes de domiciliació bancària, en cas de no haver-la aportat amb anterioritat o haver canviat de compte.  
*Ficha de mantenimiento de terceros a efectos de domiciliación bancaria, en caso de no haberla aportado con anterioridad o haber cambiado de cuenta.*
- En el cas de persones incapacitades o presumptament incapaces que sol·liciten servei residencial, haurà d'aportar la resolució judicial d'incapacitació o, si es el cas, la interlocutòria d'internament. / *En el caso de personas incapacitadas o presuntamente incapaces que soliciten servicio residencial, deberá aportar la resolución judicial de incapacitación o, en su caso, el auto de internamiento.*
- En el cas que la persona beneficiària opte pel servei de teleassistència haurà d'adjuntar el model de servei de teleassistència.  
*En el caso de que la persona beneficiaria opte por el servicio de teleasistencia deberá adjuntar el modelo de servicio de teleasistencia.*
- En el cas que la persona beneficiària opte per la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals haurà d'adjuntar el model Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora no professional. En cas de tindre dues persones cuidadores, es presentarà la citada documentació per a cadascuna d'elles.  
*En el caso de que la persona beneficiaria opte por la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales deberá adjuntar el modelo Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional. En caso de tener dos personas cuidadoras, se presentará la citada documentación para cada una de ellas.*

**E INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD I COMPATIBILITATS GENERALS  
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD Y COMPATIBILIDADES GENERALES**

**ABANS D'ESCRIBURE, LLIJA DETINGUDAMENT ELS APARTATS DE LA SOL·LICITUD, ESCRIGA AMB CLAREDAT I AMB LLETRES EN MAJÚSCULES.**

Aquest model s'utilitzarà per a sol·licitar qualsevol canvi o ampliació de preferències, quan tinga vosté un servei o prestació del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència a la Comunitat Valenciana concedit o en tràmit. Per tant, podrà utilitzar aquest imprès en els supòsits següents:

- Quan encara no estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) per sol·licitar un canvi de preferències o una ampliació d'aquestes.
- Quan ja estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) i desitge sol·licitar una revisió del seu PIA per canvi a un recurs diferent al que ja té concedit.
- Quan ja estiga resolt el seu programa individual d'atenció (PIA) i desitge sol·licitar una ampliació del seu PIA sol·licitant el mateix recurs concedit més altres complementaris

També s'utilitzarà per a esmenar requeriments d'emplenament correcte de les preferències inicials.

**APARTAT A**

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència tinga representant legal, serà aquesta persona qui haurà de signar la sol·licitud.

En el cas que la present sol·licitud siga signada únicament per la persona guardadora de fet, haurà d'aportar a més:

- Declaració de la persona guardadora de fet, en model normalitzat.
- Autorització d'accés a dades subscrita per la persona sol·licitant, en model normalitzat, en la qual autoritza a l'administració pública a obtenir les seues dades d'identitat, residència, econòmiques o sanitàries. En cas de no autoritzar aquest accés, haurà d'aportar la documentació acreditativa de les mateixes:
  - Fotocòpia del DNI/NIE
  - Certificat o volant d'empadronament
  - Certificat de pensions emès per l'INSS
  - Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.

**APARTAT B**

Ha d'assenyalar tots els serveis o prestacions del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència que desitja rebre tenint en compte que aquest document anul·la qualsevol sol·licitud de preferències presentada amb anterioritat:

- Quan vosté tinga un servei o prestació del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència concedit o en tràmit i no desitge mantenir-lo, no ha de senyalar-lo amb una X en aquest apartat. Senyale únicament el servei o prestació que desitja rebre.
- Quan vosté tinga un servei o prestació del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència concedit o en tràmit i sí desitge mantenir-lo ha de senyalar-lo amb una X en aquest apartat, ja que en cas contrari s'entendrà que no desitja rebre aquest servei o prestació.
- Si vosté a més desitja sol·licitar un nou servei o prestació que se sume al que vosté té concedit o en tràmit, i siga compatible conforme al règim de compatibilitats que es recullen en aquest apartat, senyale'l també amb una X.

Així mateix, haurà de tenir en compte el règim de compatibilitats generals establert en la normativa autonòmica vigent en matèria de dependència:

- Serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal i, si no és possible, prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, que podran ser compatibles entre si així com amb altres prestacions del catàleg: amb el servei de teleassistència; o amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals; o amb el servei d'ajuda a domicili o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili; o amb la prestació econòmica d'assistència personal.
- Servei de teleassistència que podrà ser compatible amb tots els serveis i prestacions del catàleg a excepció del servei d'atenció residencial i la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial.
- Servei d'ajuda a domicili o prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal; o amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'atenció diürna o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna (en cas de centre ocupacional compatible per a graus III, II o I, i en cas de centre de dia només compatible per a graus III i II).
- Servei d'atenció diürna, i si no és possible prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna, que podrà ser compatible amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'ajuda a domicili o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili (en cas de servei d'atenció diürna de centre ocupacional és compatible per a graus III, II o I, i en el cas de servei d'atenció diürna de centre de dia és només compatible per a graus III i II); o amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals.
- Prestació econòmica d'assistència personal que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal i amb el servei de teleassistència

**E INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD I COMPATIBILITATS GENERALS  
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD Y COMPATIBILIDADES GENERALES (cont.)**

- Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal; o amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'atenció diürna; o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna.

**APARTAT C**

Aquest apartat s'ha d'omplir únicament en cas de variació en la composició de la unitat familiar o en la situació econòmica familiar pel que fa a les dades contingudes en la sol·licitud inicial.

**ANTES DE ESCRIBIR LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD, ESCRIBA CON CLARIDAD Y CON LETRAS EN MAYÚSCULAS.**

*Este modelo se utilizará para solicitar cualquier cambio o ampliación de preferencias, cuando tenga usted un servicio o prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Valenciana concedido o en trámite. Por tanto, podrá utilizar este impreso en los siguientes supuestos:*

- Cuando aún no esté resuelto su Programa Individual de Atención (PIA) para solicitar un cambio de preferencias o una ampliación de las mismas.
- Cuando ya esté resuelto su Programa Individual de Atención (PIA) y desee solicitar una revisión de su PIA por cambio a un recurso diferente al que ya tiene concedido.
- Cuando ya esté resuelto su Programa Individual de Atención (PIA) y desee solicitar una ampliación de su PIA solicitando el mismo recurso concedido más otros complementarios.

*También se utilizará para subsanar requerimientos de cumplimentación correcta de las preferencias iniciales.*

**APARTADO A**

*Quando la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia tenga representante legal, será esta persona quien deberá firmar la solicitud.*

*En el caso de que la presente solicitud sea firmada únicamente por la persona guardadora de hecho, deberá aportar además:*

- Declaración de la persona guardadora de hecho, en modelo normalizado.
- Autorización de acceso a datos suscrita por la persona solicitante, en modelo normalizado, en la que autoriza a la administración pública a obtener sus datos de identidad, residencia, económicos o sanitarios. En caso de no autorizar dicho acceso, deberá aportar la documentación acreditativa de los mismos:
  - Fotocopia del DNI/NIE
  - Certificado o volante de empadronamiento
  - Certificado de pensiones emitido por el INSS
  - Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.

**APARTADO B**

*Debe señalar todos los servicios o prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que desea recibir teniendo en cuenta que este documento anula cualquier solicitud de preferencias presentada con anterioridad:*

- Cuando usted tenga un servicio o prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia concedido o en trámite y no desee mantenerlo no ha de señalarlo con una X en este apartado. Señale únicamente el servicio o prestación que desea recibir.
- Cuando usted tenga un servicio o prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia concedido o en trámite y sí desee mantenerlo ha de señalarlo con una X en este apartado, ya que de lo contrario se entenderá que no desea recibir dicho servicio o prestación.
- Si usted además desea solicitar un nuevo servicio o prestación que se suma a lo que usted tiene concedido o en trámite, y sea compatible conforme al régimen de compatibilidades que se recogen en este apartado, señálelo también con una X.

*Asimismo, deberá tener en cuenta el régimen de compatibilidades generales establecido en la normativa autonómica vigente en materia de dependencia:*

- Servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal, y en su defecto, prestación económica vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal que podrán ser compatibles entre sí así como con otras prestaciones del catálogo: con el servicio de teleasistencia; o con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales; o con el servicio de ayuda a domicilio o con la prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio; o con la prestación económica de asistencia personal.
- Servicio de teleasistencia que podrá ser compatible con todos los servicios y prestaciones del catálogo a excepción del servicio de atención residencial y la prestación económica vinculada al servicio de atención residencial.
- Servicio de ayuda a domicilio o prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio que podrá ser compatible con los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal, o la prestación económica vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal; o con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de atención diurna o con la prestación económica vinculada al servicio de atención diurna (en caso de centro ocupacional compatible para grados III, II o I, y en caso de centro de día sólo compatible para grados III y II).
- Servicio de atención diurna, y en su defecto prestación económica vinculada al servicio de atención diurna, que podrá ser compatible con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de ayuda a domicilio o con la prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio (en caso de servicio de atención diurna de centro ocupacional es compatible para grados III, II o I, y en caso de servicio de atención diurna de centro de día es sólo compatible para grados III y II); o con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal que podrá ser compatible con los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal, o la prestación económica vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal y con el servicio de teleasistencia.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales que podrá ser compatible con los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal, o la prestación económica vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal; o con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de atención diurna; o con la prestación económica vinculada al servicio de atención diurna.

**APARTADO C**

*Este apartado se ha de cumplimentar únicamente en caso de variación en la composición de la unidad familiar o en la situación económica familiar con respecto a los datos contenidos en la solicitud inicial.*

**E INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD I COMPATIBILITATS GENERALS  
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD Y COMPATIBILIDADES GENERALES (cont.)**

- Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal; o amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'atenció diürna; o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna.

**APARTAT C**

Aquest apartat s'ha d'omplir únicament en cas de variació en la composició de la unitat familiar o en la situació econòmica familiar pel que fa a les dades contingudes en la sol·licitud inicial.

**ANTES DE ESCRIBIR LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD, ESCRIBA CON CLARIDAD Y CON LETRAS EN MAYÚSCULAS.**

*Este modelo se utilizará para solicitar cualquier cambio o ampliación de preferencias, cuando tenga usted un servicio o prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Valenciana concedido o en trámite. Por tanto, podrá utilizar este impreso en los siguientes supuestos:*

- Cuando aún no esté resuelto su Programa Individual de Atención (PIA) para solicitar un cambio de preferencias o una ampliación de las mismas.
- Cuando ya esté resuelto su Programa Individual de Atención (PIA) y desee solicitar una revisión de su PIA por cambio a un recurso diferente al que ya tiene concedido.
- Cuando ya esté resuelto su Programa Individual de Atención (PIA) y desee solicitar una ampliación de su PIA solicitando el mismo recurso concedido más otros complementarios.

*También se utilizará para subsanar requerimientos de cumplimentación correcta de las preferencias iniciales.*

**APARTADO A**

Quando la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia tenga representante legal, será esta persona quien deberá firmar la solicitud.

En el caso de que la presente solicitud sea firmada únicamente por la persona guardadora de hecho, deberá aportar además:

- Declaración de la persona guardadora de hecho, en modelo normalizado.
- Autorización de acceso a datos suscrita por la persona solicitante, en modelo normalizado, en la que autoriza a la administración pública a obtener sus datos de identidad, residencia, económicos o sanitarios. En caso de no autorizar dicho acceso, deberá aportar la documentación acreditativa de los mismos:
  - Fotocopia del DNI/NIE
  - Certificado o volante de empadronamiento
  - Certificado de pensiones emitido por el INSS
  - Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.

**APARTADO B**

Debe señalar todos los servicios o prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que desea recibir teniendo en cuenta que este documento anula cualquier solicitud de preferencias presentada con anterioridad:

- Cuando usted tenga un servicio o prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia concedido o en trámite y no desee mantenerlo no ha de señalarlo con una X en este apartado. Señale únicamente el servicio o prestación que desea recibir.
- Cuando usted tenga un servicio o prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia concedido o en trámite y sí desee mantenerlo ha de señalarlo con una X en este apartado, ya que de lo contrario se entenderá que no desea recibir dicho servicio o prestación.
- Si usted además desea solicitar un nuevo servicio o prestación que se suma a lo que usted tiene concedido o en trámite, y sea compatible conforme al régimen de compatibilidades que se recogen en este apartado, señálelo también con una X.

Asimismo, deberá tener en cuenta el régimen de compatibilidades generales establecido en la normativa autonómica vigente en materia de dependencia:

- Servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal, y en su defecto, prestación económica vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal que podrán ser compatibles entre sí así como con otras prestaciones del catálogo: con el servicio de teleasistencia; o con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales; o con el servicio de ayuda a domicilio o con la prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio; o con la prestación económica de asistencia personal.
- Servicio de teleasistencia que podrá ser compatible con todos los servicios y prestaciones del catálogo a excepción del servicio de atención residencial y la prestación económica vinculada al servicio de atención residencial.
- Servicio de ayuda a domicilio o prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio que podrá ser compatible con los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal, o la prestación económica vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal; o con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de atención diurna o con la prestación económica vinculada al servicio de atención diurna (en caso de centro ocupacional compatible para grados III, II o I, y en caso de centro de día sólo compatible para grados III y II).
- Servicio de atención diurna, y en su defecto prestación económica vinculada al servicio de atención diurna, que podrá ser compatible con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de ayuda a domicilio o con la prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio (en caso de servicio de atención diurna de centro ocupacional es compatible para grados III, II o I, y en caso de servicio de atención diurna de centro de día es sólo compatible para grados III y II); o con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal que podrá ser compatible con los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal, o la prestación económica vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal y con el servicio de teleasistencia.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales que podrá ser compatible con los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal, o la prestación económica vinculada a los servicios de prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal; o con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de atención diurna; o con la prestación económica vinculada al servicio de atención diurna.

**APARTADO C**

Este apartado se ha de cumplimentar únicamente en caso de variación en la composición de la unidad familiar o en la situación económica familiar con respecto a los datos contenidos en la solicitud inicial.