

Solicitud de acceso a los servicios sociales y de valoración de la situación de dependencia

Para personas con más de seis años y para menores entre tres y seis años que estén escolarizados

I. Datos de la persona interesada

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____

Nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Varón Mujer

Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Registro

¿Está ingresado en un centro residencial? Sí No

Nombre del centro: _____

Indique las características de su estancia: permanente temporal por convalecencia

temporal por otros motivos (*especificar*) _____

Domicilio en el que reside actualmente:

Calle/Plaza: _____ Nº: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Localidad: _____ Municipio: _____

Código postal: _____ Provincia: _____ E-mail: _____

II. Datos de la persona que le representa

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____

Nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____ E-mail: _____

Representante en calidad de padre/madre o tutor de menor de 18 años _____

Como representante voluntario _____

Como representante legal _____

Como representante de presunto incapaz _____

III. Domicilio a efectos de notificaciones

Obligatorio en caso de que exista representante. Ver hoja de instrucciones.

Calle/Plaza: _____ Nº: _____ Piso: _____ Puerta: _____

País: _____ Código postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

IV. Datos de residencia

No es necesario cumplimentar este apartado si ya tiene reconocida la situación de dependencia

¿Ha residido legalmente en España durante cinco años? _____ Sí No

¿De estos cinco años, dos han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? _____ Sí No

Si la respuesta es afirmativa indique las localidades en las que ha estado empadronado en dichos periodos

Períodos	Municipio	Provincia

Si alguna de las respuestas anteriores ha sido negativa indique: ¿Es emigrante retornado? Sí No

En caso afirmativo debe presentar la acreditación de la situación de emigrante retornado.

V. Antecedentes

- ¿Ha solicitado previamente valoración de dependencia en otra Comunidad Autónoma? No Sí
- > Indique en qué Comunidad Autónoma _____
- ¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? No Sí Grado I Grado II Grado III
- > Indique la provincia de reconocimiento: _____
- ¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad? _____ No Sí
- > Indique la provincia de reconocimiento: _____
- > Tipo de discapacidad: *(este dato es de cumplimentación voluntaria)* _____
- Si tiene diagnosticada una enfermedad rara, catalogada como tal, indique su denominación _____
(ver hoja de instrucciones)
- ¿Es perceptor de pensión contributiva de gran invalidez? _____ No Sí

VI. Objeto de la solicitud *Puede seleccionar la opción A), la opción B), o las dos.*

- A) Valoración o revisión de la situación de dependencia**
- Valoración inicial *(para personas que no tienen reconocido ningún grado de dependencia).*
- Revisión por empeoramiento *(para personas que tienen reconocido algún grado de dependencia).*
- Revisión por mejoría *(para personas que tienen reconocido algún grado de dependencia y han mejorado).*
- B) Prestaciones (servicios y prestaciones económicas)**
- No tengo reconocidas prestaciones
- Tengo reconocidas prestaciones en Castilla y León y deseo modificarlas por otras.
- Tengo reconocida la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y solicito un cambio de cuidador no profesional.
- Procedo de otra Comunidad Autónoma, con grado reconocido, y solicito que se me reconozcan prestaciones en Castilla y León, por traslado de domicilio.
- Solicito el acceso a un servicio público. *(Ver hoja de instrucciones)*

VII. Prestaciones que solicita *Solicito el reconocimiento de:*

<input type="checkbox"/> 1. Servicios	Recibe el servicio público y desea continuar recibéndolo	No recibe el servicio público y desea recibirlo (1)	Desea recibir la prestación vinculada al servicio / asistencia personal
Servicio de Promoción de la autonomía personal <i>(ver hoja de instrucciones)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teleasistencia (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayuda a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro residencial permanente (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio de asistencia personal			<input type="checkbox"/>

(1) Si marca esta opción debe adjuntar el Anexo correspondiente (A, B, C o D). Si presenta el Anexo C o el Anexo D, hasta que acceda al servicio público, puede solicitar la prestación vinculada u otra prestación económica.

(2) El servicio de teleasistencia es compatible con otros servicios y prestaciones, excepto con el centro residencial.

(3) Si desea información sobre el servicio de centro de noche, puede solicitarla en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

- 2. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar** *(Ver hoja de instrucciones).*
Debe adjuntar el Anexo E

La persona que me cuida vive en mi domicilio o realiza tareas vinculadas a mi atención durante al menos treinta y cinco horas semanales: Sí No

Recibo atención en el entorno familiar desde hace más de un año:

- Sí.
- No, porque solicito un cambio de prestación por causas justificadas.
- No, porque necesito atención desde hace menos de un año por causas sobrevenidas: _____
- No, por otros motivos _____

Solicito la prestación económica vinculada compatible con la prestación de cuidados en el entorno familiar. *(Ver apartado VII de la hoja de instrucciones).* Solo puede marcar esta opción si no recibe un servicio público de ayuda a domicilio, promoción de la autonomía personal o centro de día. Si es menor de 18 años, debe adjuntar el Anexo F.

Datos bancarios para el ingreso de prestaciones económicas:

Indique aquí el nombre y apellidos del titular de la cuenta bancaria *(ver página 2 de las instrucciones)* _____

Nº IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VIII. Datos de la unidad familiar

Cónyuge Pareja de hecho (1) DNI/NIE: _____
 Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Régimen económico del matrimonio: Régimen de gananciales Régimen de separación de bienes (1)

(1) En este caso, deberá presentar documento acreditativo.

La información anterior debe cumplimentarla también en el caso de que su cónyuge/pareja de hecho no conviva con usted por residir uno de los dos en un centro residencial y también en el caso de que haya fallecido en los dos años anteriores a esta solicitud. En tal caso, indique la fecha del fallecimiento: _____

HIJOS MENORES DE 27 AÑOS CON INGRESOS ANUALES INFERIORES A 8.000 EUROS. (Se incluirán también los menores que se encuentren en situación de acogimiento declarado por resolución judicial o administrativa).

- Apellidos y Nombre: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Apellidos y Nombre: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Apellidos y Nombre: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____

IX. Capacidad económica

1. Pensiones que percibe el interesado: _____

El cónyuge/pareja de hecho: _____

Si percibe alguna/s de las pensiones o prestaciones que se relacionan en la tabla siguiente, debe indicar la entidad pagadora y la cuantía recibida.

Tipo de pensión o prestación	Interesado				Cónyuge/pareja de hecho			
	Entidad pagadora (1)	Cuantía anual			Entidad pagadora (1)	Cuantía anual		
		Año en curso (2)	Año anterior	Dos años antes		Año en curso (2)	Año anterior	Dos años antes
Pensión no contributiva (3)								
Gran Invalidez (3)								
Incapacidad permanente absoluta								
Orfandad								
Prestación por hijo a cargo (3)								
Otras prestaciones sociales exentas de IRPF (4)								
Otros ingresos (pensiones del extranjero, compensatorias, etc.) (5)								

(1) INSS, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, Clases Pasivas, etc.

(2) Si no conoce la cuantía anual, multiplique la cuantía mensual de este año por el número de pagas.

(3) Si con posterioridad a esta solicitud comienza a percibir alguna de estas prestaciones o **varía su importe**, deberá comunicarlo mediante escrito dirigido a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

(4) Señale el tipo de prestación: _____

(5) Señale el tipo de ingreso: _____

2. Disposiciones patrimoniales (ver instrucciones)

Donaciones, ventas y otras disposiciones patrimoniales a favor de su cónyuge, persona de análoga relación de afectividad al cónyuge o parientes hasta el cuarto grado inclusive. De cada concepto recogido en este apartado, deberá indicar en declaración responsable: identificación del bien, derecho, renta o deuda; importe; destinatario (nombre, apellidos, DNI y relación de parentesco) y fecha en la que se realizó.

A efectos de lo establecido en la Ley 41/2007 (disposición adicional quinta) comunico que en los cuatro años anteriores he realizado las disposiciones patrimoniales que indico en la declaración responsable que adjunto a esta solicitud.

3. Vivienda habitual

Referencia catastral (solo si es propietario)

La vivienda habitual no se computará en el supuesto de que resida en su domicilio. Tampoco se computa si recibe un servicio de atención residencial y tiene personas a su cargo que continúan residiendo en dicha vivienda.

Dirección completa y teléfono de contacto _____

Personas a su cargo (nombre, apellidos y parentesco) _____

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que conozco mi obligación de comunicar a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de mi provincia o al Centro de Acción Social correspondiente a mi domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, cuidador, ingreso en centros hospitalarios o asistenciales, servicios públicos recibidos, pensiones, disposiciones patrimoniales...

ME COMPROMETO a facilitar el seguimiento y control de las prestaciones, incluido el acceso a mi domicilio de los profesionales competentes.

CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS. Doy mi consentimiento, a los efectos de asegurar una correcta valoración de mi situación personal, familiar y social y conseguir la eficiencia y optimización de los recursos públicos sociales y sanitarios, para la utilización en este procedimiento de los datos y la información relativa a mis solicitudes y demandas de servicios sociales, así como de las valoraciones e informes existentes para el acceso al sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, para la cesión de datos personales y sanitarios de la Gerencia Regional de Salud a la Gerencia de Servicios Sociales y para la cesión de datos personales y relativos a la situación de dependencia de la Gerencia de Servicios Sociales a la Gerencia Regional de Salud.

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO



**Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente**



- Sí** doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia, datos facilitados por el Registro Civil y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.
- No** doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del interesado / padre, madre o tutor de menor de 18 años / representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

Si la solicitud la firma el representante legal o representante de presunto incapaz, indique si autoriza la consulta telemática de sus datos de identidad (del representante). Si no autoriza, debe aportar copia del DNI/NIE.

Autorizo No autorizo

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO



**Si existe cónyuge o pareja de hecho, es obligatorio
marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente**



- Sí** doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos.
- No** doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del cónyuge o pareja de hecho

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

Gerente Territorial de Servicios Sociales de la provincia de _____