**ANEXO I**

**Sistema Riojano de Autonomía Personal**

**y Atención a las personas en situación de dependencia**

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

**R.D. 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (B.O.E nº 299, de 15 de diciembre de 2006)**

*(Antes de cumplimentar la solicitud, lea las instrucciones consignadas al dorso*)

Atención Temprana (de 0 hasta 6 años)  A partir de 6 años

1. **SOLICITUD**

Primera solicitud

Solicitud de revisión de la situación de dependencia. Especificar:

|  |
| --- |
| Empeoramiento en las condiciones de salud  Cambios en el entorno  Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTERESADA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer Apellido | | | Segundo Apellido | | Nombre | | | |
| D.N.I./N.I.E./Pasaporte | Fecha de nacimiento | | | | | Lugar de nacimiento | | |
| Sexo  Hombre Mujer | Estado Civil | | | | | Nacionalidad | | |
| Domicilio (calle, núm…): | | | | | | | | |
| Localidad | | | | Provincia | | | | Código Postal |
| Teléfono fijo | | Teléfono móvil | | | | | Dirección de correo electrónico | |
| ¿Tiene Seguridad Social?  SI  NO | | Titular  Beneficiario | | | | | Nº de afiliación a la Seguridad Social | |

1. **DATOS DE SU REPRESENTANTE LEGAL / GUARDADOR DE HECHO**

*(Cumplimentar solo en caso de que la persona interesada esté incapacitada legalmente o cuando sea menor de edad)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | | | Nombre | | |
| En calidad de:  Padre/madre/tutor de menor de 18 años  Representante legal o judicial | | | D.N.I./N.I.E/C.I.F/Pasaporte | | | Teléfono |
| Domicilio a efectos de notificaciones (calle, núm…) | | | | | | |
| Localidad | | Provincia | | | Código Postal | |

**3. DATOS DE RESIDENCIA**

*(Cumplimentar solo en caso de que el/la interesado/a sea emigrante/inmigrante)*

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Es emigrante español retornado? SI NO | |
| Si la repuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo(día/mes/año) |  |
| ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años? SI NO | |
| De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? SI NO | |

**4. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.**

|  |
| --- |
| * ¿Tiene reconocido grado de discapacidad?  SI Indicar grado:       %, provincia       y año |
| * ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona   para los actos esenciales de la vida diaria? SI NO  *Si la respuesta es afirmativa indique la provincia donde se efectuó*       y año |
| * ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? SI NO   *Si la respuesta es afirmativa indique la localidad donde se efectuó*       y año |
| * ¿Es beneficiario/a de algún servicio o prestación del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales? * Servicio de Centro de día para personas mayores SI NO * Servicio de Atención residencial para personas mayores SI NO * Servicio de Centro de día o Centro ocupacional par a   personas con discapacidad SI NO   * Servicio de Atención residencial para personas con discapacidad SI  NO   + - Servicio de intervención de Servicios Sociales   en atención tempranaSI NO  *(En el caso de que la persona interesada sea beneficiaria de alguno de los recursos señalados quedará exento de presentar la documentación que debe acompañar a la solicitud, salvo que se hayan producido modificaciones de su situación).* |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD** |
| Sólo para solicitantes extranjeros: copia del permiso de residencia u otro documento que acredite la residencia legal en España durante 5 años, 2 inmediatamente anteriores a la solicitud  Informe del Sistema público de Salud, en La Rioja  Certificado o volante histórico de empadronamiento de residir en La Rioja y haber residido en territorio español durante cinco años, dos de los cuales deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el período de residencia se exigirá a quién ejerza su guarda y custodia."  En los casos en que el solicitante actúe a través de representante legal o guardador de hecho, deberá aportarse además la siguiente documentación:  Acreditación de la representación legal mediante fotocopia de la sentencia que la declare o en su caso modelo de declaración de guardador de hecho. |

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos de que los datos recabados en la solicitud y en la documentación a adjuntar para la tramitación de la misma serán incluidos en los ficheros de *Usuarios de Servicios Sociales* y *Administración de los usuarios de los servicios sociales*, cuyas finalidades son la gestión de los datos de los usuarios a los que se prestan los servicios y la de recabar datos identificativos y económicos para la administración de las actividades y servicios ofrecidos a los usuarios, respectivamente. Los datos solicitados son necesarios para cumplir con dicha finalidad y, por lo tanto, la no obtención de los mismos impide su consecución. La Consejería de Salud y Servicios Sociales es responsable de los ficheros, y como tal le garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos facilitados, para lo cual deberá dirigirse por escrito a: C/Villamediana, nº17, 26071, Logroño - La Rioja. De igual modo, se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos de acuerdo con la finalidad de los ficheros.

AUTORIZO a la Dirección General competente en materia de atención a la dependencia y prestaciones sociales a que realicen las verificaciones y las consultas que sean necesarias en los ficheros públicos en materia de empadronamiento.

Se informa al interesado de que la presentación de esta solicitud autoriza a la Dirección General competente en la materia a recabar los informes y documentos necesarios relativos a la situación del usuario, de otros órganos de la Comunidad Autónoma de La Rioja en los términos previstos en el artículo 37 de la Ley 58/2008, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas, así como a realizar las verificaciones y las consultas necesarias a través de la Red de Comunicaciones de las Administraciones Públicas Españolas para comprobar los datos de identidad personal, así como a la cesión de sus datos a otros organismos del Gobierno de la Rioja, del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja así como a los servicios sociales de primer nivel y Administración General del Estado, tanto para la consecución de la finalidad con la que se recabaron como para el cumplimiento de las obligaciones legales del responsable del fichero.

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado de la obligación de comunicar a la Consejería de Salud y Servicios Sociales cualquier variación de los datos en ella expresados.

En      , a       de       de 20

Firmado:

*(persona interesada o su representante legal cuando proceda)*

***Ilmo/a. Sr/Sra. Director/ra General de***

Consejería de Salud y Servicios Sociales

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIONES PARA SU CUMPLIMENTACIÓN** |
| ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD.  ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS.  PRESENTE CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, CON ELLO EVITARÁ RETRASOS INNECESARIOS.  **. REPRESENTANTE LEGAL**  Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por personas distinta al solicitante que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho, (padre, madre, o tutor) de un menor de 18 años, o representante legal judicial. En el caso de ostentar la condición de representante legal deberá presentar la documentación acreditativa correspondiente y en el caso de la condición de guardador de hecho deberá cumplimentar el modelo que, al efecto, le será facilitado.  **. INFORME DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LA RIOJA**  Este documento es el Informe médico que deberá ser cumplimentado por su médico de Atención Primaria.  NO OLVIDE SEÑALAR, EN CASO DE ESTAR DE ACUERDO, LA CASILLA REALTIVA A LA AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS PERSONALES, |