



ANEXO I



JUNTA DE EXTREMADURA

SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

REGISTRO DE ENTRADA

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

(Antes de cumplimentar la solicitud lea atentamente las Instrucciones consignadas al dorso)

0 MOTIVOS COMPLEMENTARIOS FORMULACIÓN SOLICITUD:

- Ampliación de los períodos de descanso por maternidad y demás medidas en materia de personal.
Prestaciones MUFACE, MUGEJU, ISFAS.
Otros:

I SOLICITANTE

1. Datos personales
PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE, IDENTIFICACIÓN (DNI/NIF, NIE, Pasaporte/Otro), FECHA NACIMIENTO, SEXO, NACIONALIDAD, ESTADO CIVIL, DOMICILIO (Calle / Plaza), Nº, Bloque, Escalera, Piso, Puerta, CODIGO POSTAL, LOCALIDAD, PROVINCIA, COMUNIDAD AUTONOMA, TELÉFONO FIJO, TELÉFONO MÓVIL, CORREO-E, ¿ TIENE SEGURIDAD SOCIAL ?, Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL

Presto mi consentimiento para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), mis datos de identificación personal, por lo que no apporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.

2. Datos sobre la situación de dependencia

2.1 ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?
2.2 ¿Tiene reconocido grado de minusvalía?
2.3 ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida?
2.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?

3. Datos de residencia

3.1 ¿ Es usted emigrante español/a retornado/a ?
3.2 ¿Reside legalmente en la actualidad en España ?
3.3 ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?
De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?

Presto mi consentimiento para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia (SVDR), mis datos de domicilio o residencia, por lo que no apporto certificado de empadronamiento.

**II DATOS DE CONVIVENCIA**

Indique los datos de las personas que residan con usted en su domicilio

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACION CON EL SOLICITANTE

**III CAPACIDAD ECONÓMICA****1. Datos sobre la renta**¿ Tiene ingresos o rentas propios ?  Sí  No**1.1 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Concepto	Empresa, Organismo o Persona	Cuantía anual

**1.2 RENTAS DE DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS**

Tipo de Actividad	Rendimientos íntegros (anual)

**1.3 RENTAS DE CAPITAL**

Concepto	Rendimientos íntegros (anual)

**1.4 GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES**

Concepto	Rendimientos íntegros (anual)

**2. Datos sobre el patrimonio**¿ Realiza usted Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio ?  Sí  No¿ Es titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual ?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa indique:

BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD		
Concepto	Valor	Deudas y Obligaciones

**3. Datos sobre prestaciones públicas**1. ¿ Percibe una pensión de gran invalidez ?  Sí  No2. ¿ Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona ?  Sí  No3. ¿ Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI ?  Sí  No4. ¿ Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona ?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa indique:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERCEPTOR	D.N.I.	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE (Marque con una X)
			<input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU



**IV OTROS DATOS**

1. ¿Está siendo atendido en su domicilio ?  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como Organismo o entidad prestataria:  
 Teleasistencia  
 Ayuda a domicilio  
 ¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno ?  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:  
**DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL**

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE			NACIONALIDAD	Relación (indique parentesco o relación)	
DOMICILIO	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal
LOCALIDAD	PROVINCIA/COMUNIDAD			Indique la fecha desde la que reside en esta localidad		

2. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día o Centro de Noche ?  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:  
 Denominación del Centro .....  
 Nombre del organismo o entidad .....  
 Dirección del Centro .....  
 Localidad .....

3. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro residencial?  Sí  No  
 Temporal  Permanente  
 Denominación del Centro .....  
 Nombre del organismo o entidad .....  
 Dirección del Centro .....  
 Localidad.....

4. ¿Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal ?  Sí  No

**V DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				IDENTIFICACIÓN
						<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro
						Nº:
DOMICILIO (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA					COMUNIDAD AUTONOMA
TELÉFONO Fijo	TELÉFONO MÓVIL					CORREO-E
RELACIÓN CON EL INTERESADO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL					<input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO

Presto mi consentimiento para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), mis datos de identificación personal, por lo que no apporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
- Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En ....., a ..... de ..... de 200...

Fdo.: .....

**DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA  
SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** Le Informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sin que puedan ser utilizados 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, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia)

**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.

**I. SOLICITANTE****1. Datos personales**

En este apartado se consignarán todos los datos personales del posible beneficiario. Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

**2. Datos sobre la situación de dependencia**

Los solicitantes que tuvieran reconocida la condición de persona con discapacidad deberá aportar copia de la resolución o certificado en aquellos casos en que el reconocimiento se haya realizado por los órganos competentes del IMSERSO o de otra Comunidad Autónoma.

**3. Datos de residencia**

Relacione los periodos 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.

Si el solicitante tiene nacionalidad de algún país de la Comunidad de la Unión Europea, indique los periodos de residencia en dichos países.

Si el 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.

**III. CAPACIDAD ECONÓMICA****1. Datos sobre la renta**

En este apartado deberá consignar si percibe o posee rentas o ingresos propios. En caso afirmativo tenga en cuenta:

**1.1. Rentas de trabajo o prestaciones económicas.**

Declare sus rentas de trabajo por cuenta propia o ajena, así como las pensiones o prestaciones periódicas abonadas por cualquier Régimen público o privado de Previsión Social, indicando:

- Concepto: La procedencia de las rentas: salario, trabajos por horas o similares, tipo de pensión o prestación, indicando expresamente si percibe asignación por hijo a cargo.
- Cuantía anual: La suma total anual bruta de cada concepto
- Empresa u organismo: El que lo abone.

**1.2. Rentas derivadas de actividades económicas.**

Declare sus rentas

- Tipo de actividad:
- Rendimientos íntegros

**1.3. Rentas de capital.**

En el supuesto de disponer de bienes muebles y/o inmuebles, consignará el concepto de los mismos y los rendimientos íntegros obtenidos (intereses, dividendos, alquileres, etc.) en cuantía anual.

**1.4. Ganancias y plusvalías patrimoniales.**

En el supuesto de haber obtenido ganancias o plusvalías derivadas de bienes muebles y/o inmuebles, consignará en el concepto el origen de las mismas (reparto beneficios acciones, venta de acciones o fondos de inversión, venta de un bien inmueble, etc.) y en los rendimientos íntegros el importe anual que en dichos conceptos haya obtenido.

**V. REPRESENTANTE LEGAL**

Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante y que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho; en este último caso deberá cumplimentar el modelo que, al efecto, le será facilitado.

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD**

- Informe de salud de la persona.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del solicitante. Sólo en el caso de que el interesado no preste su consentimiento para que el órgano instructor de oficio consulte sus datos de identidad personal en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), mediante la suscripción del apartado correspondiente en el modelo de solicitud.
- Certificado de empadronamiento. Sólo en el caso de que el interesado no preste su consentimiento para que el órgano instructor de oficio consulte sus datos de identidad personal en el Sistema de Verificación de Datos de Residencia (SVDR), mediante la suscripción del apartado correspondiente en el modelo de solicitud.

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 compulsada de la sentencia que la declare o en su caso modelo de declaración de guardador de hecho.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del representante legal o del guardador de hecho. Sólo en el caso de que el interesado no preste su consentimiento para que el órgano instructor de oficio consulte sus datos de identidad personal en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), mediante la suscripción del apartado correspondiente en el modelo de solicitud.



**ANEXO II**  
**JUNTA DE EXTREMADURA**  
**Consejería de Sanidad y Dependencia**

**INFORME DE SALUD DE LA PERSONA**

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA**

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 229, de 15 de diciembre de 2006)

Apellidos	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha Nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Diagnósticos de enfermedades, trastornos u otras variantes de la salud, de carácter permanente, crónico o de larga duración:

Diagnósticos


En niños de 0 a 6 meses: Peso en gramos al nacer \_\_\_\_\_

- En caso de enfermedad mental, valorar la evolución por brotes y el grado de conciencia de la enfermedad.

- Tratamientos prescritos actualmente:

Farmacológico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Higiénico dietético	

- Otras medidas de soporte terapéutico, funcional y/o ayudas técnicas que tenga prescritas:

Nombre del Facultativo que emite el informe. Centro u Organismo de trabajo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Sello o etiqueta adhesiva. Fecha y firma



**ANEXO III**

**DECLARACIÓN DEL GUARDADOR DE HECHO  
SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y  
DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA**

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 229, de 15 de diciembre de 2006)

D. \_\_\_\_\_, mayor de edad,  
con D.N.I. núm.: \_\_\_\_\_ y con domicilio en calle/avda./plaza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

En calidad de \_\_\_\_\_

A los efectos de poder representar ante la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, a

D. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_,

nacido en \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_,

y con domicilio en calle/avda./plaza \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

DECLARA bajo su responsabilidad:

1º Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada

2º Que pondrá en conocimiento de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura de forma inmediata cualquier cambio que, en relación con la custodia de dicha persona, pueda acaecer en el futuro.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.00\_\_