



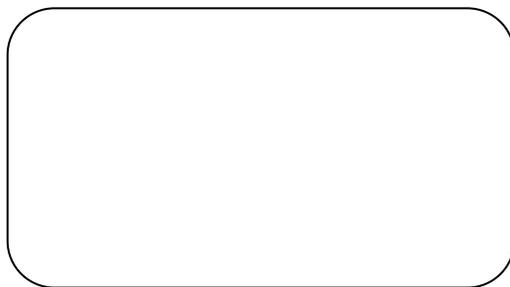
Consejería de Bienestar Social
Dirección General de Atención
a la Dependencia

Nº Procedimiento

120030

Código SIACI

SIYI



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA Y A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>		
NIF	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>	Fecha Nacimiento	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Sexo:	H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	<input type="text"/>	
Domicilio:	<input type="text"/>						
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>		
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>		
Nombre y Apellidos Cónyuge:	<input type="text"/>						
DNI Cónyuge:	<input type="text"/>	Fecha Nacimiento Cónyuge:	<input type="text"/>				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NIF	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

DATOS SOBRE LA SITUACION DE DEPENDENCIA

- ¿Tiene reconocido Grado de Discapacidad? SI NO
- ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona? (ATP) SI NO
- ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de Gran Invalidez? SI NO

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Atención a la Dependencia, de la Consejería de Bienestar Social, con la finalidad de tramitar el expediente. Las cesiones que se producen son las autorizadas en la legislación aplicable Pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, en Avenida de Francia, 4, 45071 Toledo o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es



DATOS DE LA SOLICITUD

EXPONE: Que reuniendo los requisitos, y al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y conforme al Decreto 26/2013, de 23 de mayo, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha,

SOLICITA: El reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia..

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS.

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

Las disposiciones patrimoniales realizadas en los últimos 4 años, de conformidad con lo dispuesto en la Disposición adicional quinta de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, son las siguientes:

-
-

No está obligada a presentar declaración sobre el impuesto de la renta y sobre el patrimonio.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

Autorizaciones

AUTORIZA a este órgano gestor de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

SI NO: Los acreditativos de identidad.

SI NO: Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).

SI NO: La información de la última declaración sobre la renta de las personas físicas.

SI NO: La información de la última declaración sobre la renta del patrimonio.

SI NO: Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

-
-

SI NO: Los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración regional, concretamente los siguientes:

Documento	, presentado con fecha	ante la unidad	de la Consejería de
Documento	, presentado con fecha	ante la unidad	de la Consejería de

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

La presente autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la subvención objeto de la presente solicitud, y en aplicación tanto de lo dispuesto en el artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que permiten, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones, como por lo establecido en el Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero en lo referente a la Seguridad Social, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

AUTORIZO a los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria y/o a los profesionales del Equipo de Valoración de la situación de dependencia para el acceso al domicilio del solicitante, cuando éste le sea requerido y a los efectos de realizar las tareas de valoración de la situación socio-familiar, de desenvolvimiento en el entorno en el que vive, así como de comprobar el cumplimiento de los requisitos o la variación de las circunstancias

La persona interesada, **AUTORIZA** **SI** **NO** a que la Administración pueda realizar consultas en los ficheros públicos que obren en su poder para verificar los datos declarados.

Documentación:

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

- Resolución judicial de incapacitación y documento acreditativo de la representación, en su caso.
- Certificado sobre las pensiones públicas que perciba la persona interesada.
- En caso de que cualquier otro miembro computable de la familia o unidad de convivencia no este obligada a presentar declaración sobre el impuesto de la renta y sobre el de patrimonio, deberá aportar una declaración responsable en tal sentido.
- Compromisos adquiridos en su caso por el cuidador familiar.
- Informe de salud.
- Informe social o, en su defecto, acreditación de la solicitud del mismo.

Otra documentación:

- AUTORIZACIÓN**, en su caso, de los miembros computables de la unidad de convivencia para que la Administración pueda realizar consultas en los ficheros públicos que obren en su poder para verificar los datos declarados.

En caso de no otorgar las autorizaciones indicadas anteriormente, deberá presentar:

- Documento Nacional de Identidad de la persona interesada Para los menores de edad se presentará igualmente Documento Nacional de Identidad.
- Las personas que carezcan de la nacionalidad española aportarán tarjeta acreditativa de su condición de residente en la que figure el Número de Identificación de Extranjero.
- Certificado de empadronamiento de la persona interesada.
- La última declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas de la persona interesada, en su caso.
- Última declaración del impuesto sobre el patrimonio de la persona interesada, en su caso.



OPCIÓN PREFERIDA PARA LA ATENCIÓN A SU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

De los servicios y prestaciones que conforman el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, enumere por orden de preferencia (dando el número 1 a su preferencia principal y así sucesivamente) señalando siempre más de una, las que desearía recibir, teniendo en cuenta las incompatibilidades establecidas en la normativa vigente, así como la prelación en los servicios. Tal y como recoge la normativa estatal y autonómica en materia de dependencia, primarán los servicios sobre las prestaciones económicas, y únicamente se reconocerá la prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo al cuidador no profesional cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado, o en su defecto, a su correspondiente prestación económica vinculada:

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia
- Servicios de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia
- Servicio de ayuda domicilio
- Servicio de centro de día de atención a personas con discapacidad
- Servicio de Estancias Diurnas de atención a personas mayores
- Servicio de centro de noche
- Servicio de atención residencial de carácter permanente
- Servicio de atención residencial de carácter temporal
- Prestación económica vinculada al servicio
- Prestación económica de asistencia personal
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, única y exclusivamente cuando no exista posibilidad de acceso a servicio público o concertado o en su defecto, a su correspondiente prestación económica vinculada a dicho servicio

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA CONSERJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE