



Govern de les Illes Balears

Conselleria de Salut, Família i Benestar Social
Direcció General de Família, Benestar Social
i Atenció a Persones en Situació Especial



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

ANTES DE CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES.

I SOLICITANTE

1. Datos personales

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Documento de identidad					
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte/otros			
Fecha de nacimiento			Sexo		Nacionalidad	Estado civil		
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer				
Domicilio (vía pública)			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad			Provincia		Comunidad autónoma			
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Dirección de correo electrónico				
Afiliación a la Seguridad Social		Tipo de afiliación		Nº de afiliación a la Seguridad Social				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario/a						

2. Situación de dependencia

2.1. ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique la localidad y el año en que lo solicitó:

2.2. ¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique la localidad y el año en que se hizo este reconocimiento:

2.3. ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de una tercera persona para los actos esenciales de la vida? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique la localidad y el año en que se hizo este reconocimiento:

2.4. ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique la localidad y el año en que se hizo este reconocimiento:

3. Residencia

3.1. ¿Es usted emigrante español/a retornado/a? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha del retorno definitivo: día mes año

3.2. ¿Actualmente reside de manera legal en España? Sí No

3.3. ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años? Sí No
¿De estos cinco años, ha habido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique los datos siguientes:

Periodos	Localidad	Provincia/comunidad autónoma
.....
.....
.....
.....

II CONVIVENCIA

Indique los datos de las personas con quien conviva:

Nombre	Apellidos	DNI/NIE/pasaporte	Fecha de nacimiento	Relación con el/la solicitante
.....
.....
.....
.....

III CAPACIDAD ECONÓMICA

1. Datos sobre la renta

¿Tiene ingresos o rentas propios? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, tiene que indicar los datos siguientes:

1.1. Rentas del trabajo o prestaciones económicas:

Concepto	Empresa, organismo o persona	Cuantía (anual)
.....
.....
.....

1.2. Rentas derivadas de actividades económicas:

Tipo de actividad	Rendimientos íntegros (anual)
.....
.....

1.3. Rentas de capital:

Concepto	Rendimientos íntegros (anual)
.....
.....

1.3. Ganancias y plusvalías patrimoniales:

Concepto	Rendimientos íntegros (anual)
.....
.....

2. Datos sobre el patrimonio

2.1. ¿Realiza usted declaración del impuesto sobre el patrimonio? Sí No
2.2. ¿Es usted titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique los datos siguientes sobre los bienes y derechos de su propiedad:

Concepto	Valor	Deudas y obligaciones
.....
.....
.....

3. Datos sobre prestaciones públicas

3.1. ¿Percibe una pensión de gran invalidez? Sí No
3.2. ¿Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona? Sí No
3.3. ¿Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la Ley de integración social de los minusválidos (LISMI)? Sí No
3.4. ¿Percibe una asignación económica por hijo/a a cargo con complemento por necesidad de otra persona? Sí No
Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, indique los datos siguientes:

Nombre y apellidos del/de la perceptor/a	DNI/NIE/pasaporte	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. ¿Le atienden en su domicilio? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, y la entidad o el organismo prestatario:

Teleasistencia:
 Ayuda a domicilio:

¿Le atiende en su domicilio algún familiar o una persona de su entorno? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, indique los datos siguientes:

Datos personales del cuidador/a no profesional

Nombre y apellidos		DNI/NIE/pasaporte		Nacionalidad		Relación (Indique el parentesco o relación.)			
Domicilio (vía pública)			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal	
Localidad		Provincia		Comunidad autónoma		¿Desde cuándo reside en esta localidad? (Indique la fecha.)			

2. ¿Le atienden en un centro de día o centro de noche? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, indique los datos siguientes:

Denominación del centro:
 Nombre del organismo o entidad:
 Dirección: Localidad:

3. ¿Le atienden en un centro residencial? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, indique los datos siguientes:

Denominación del centro:
 Tipo de centro: Temporal Permanente
 Nombre del organismo o entidad:
 Dirección: Localidad:

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

V REPRESENTANTE LEGAL

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Documento de identidad					
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte/otros			
Domicilio (vía pública)			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia		Comunidad autónoma		Teléfono		
Relación con la persona interesada				<input type="checkbox"/> Representante legal		<input type="checkbox"/> Guardador/a de hecho		

VI SERVICIOS

¿Quiere ser atendido en un centro día o en una residencia? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, indique los datos siguientes:

Tipo de centro: Residencia Centro de día
 Observaciones:

VII SOLICITUD, DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

SOLICITO: Que se tramite esta solicitud de valoración de la dependencia y prestación correspondiente.
 DECLARO, bajo mi responsabilidad: Que los datos de esta solicitud son ciertos, y que estoy informado/a de la obligación de comunicar a esta Dirección General cualquier variación que haya de ahora en adelante.
 AUTORIZO: Que se efectúen las verificaciones y las consultas necesarias en ficheros públicos para acurar los datos declarados con los que consten en las administraciones públicas competentes y, si es necesario, obtener las que hagan falta para poder continuar la tramitación del expediente.

....., de de 201...

[firma del/de la solicitante]

DESTINO: DIRECCIÓN GENERAL DE FAMILIA, BIENESTAR SOCIAL Y ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN ESPECIAL. CONSEJERÍA DE SALUD, FAMILIA Y BIENESTAR SOCIAL

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: le informamos de que los datos personales consignados en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que están constituidos sobre el 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 que establece 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 la percepción fraudulenta de prestaciones pueden ser motivo 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).