

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 (BOE nº 96, de 21 de abril de 2007).

**(Antes de cumplimentar la solicitud lea atentamente las instrucciones anexas)**

### I. DATOS DEL SOLICITANTE

#### 1. Datos personales

NOMBRE:							
APELLIDOS:							
IDENTIFICACIÓN (DNI/ NIE):							
FECHA NACIMIENTO:	-- / -- / ----	SEXO:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	NACIONALIDAD:		
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a			
DOMICILIO:		Nº:		Piso:		C.P.:	
LOCALIDAD:		PROVINCIA /COMUNIDAD:					
TELÉFONO:	FIJO:		MÓVIL:				
CORREO ELECTRÓNICO:							
TIENE SEGURIDAD SOCIAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nº Afiliación Seg. Soc:				<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Beneficiario

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

2.1	¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	*En caso afirmativo	Provincia: .....	Año: .....
2.2	¿Tiene reconocido grado de minusvalía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	*En caso afirmativo	Provincia: .....	Año: .....
2.3	¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para las actividades de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	*En caso afirmativo	Provincia: .....	Año: .....
2.4	¿Tiene reconocida una pensión de incapacidad en grado de gran invalidez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	*En caso afirmativo	Provincia: .....	Año: .....

#### 3. Datos de residencia

3.1	¿Es usted emigrante español/a retornado/a?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	*En caso afirmativo	Fecha: -- / -- / ----	
3.2	¿Reside legalmente en la actualidad en España?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.3	¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	*En caso afirmativo		
	De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	*En caso afirmativo		
	Períodos	Localidad	Provincia/Comunidad

## II. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:							
APELLIDOS:							
IDENTIFICACIÓN (DNI/ NIE / CIF):							
DOMICILIO:		Nº:		Piso:		C.P.:	
LOCALIDAD:				PROVINCIA/COMUNIDAD:			
TELÉFONO:	FIJO:			MÓVIL:			
CORREO ELECTRÓNICO:							
RELACIÓN CON EL INTERESADO:	<input type="checkbox"/> Representante Legal			<input type="checkbox"/> Guardador de Hecho			

### DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud
- Que autorizo a que se realicen las verificaciones, las consultas y el acceso a los datos obrantes en las Administraciones Públicas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Secretaría Autonómica de Prestaciones Sociosanitarias, en el Área de Coordinación y Atención a la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.
- Conforme a lo dispuesto en el art.6 de la Ley 15/1999, de 13 Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, AUTORIZO expresamente a la Conselleria de Bienestar Social para que pueda acceder a mis datos, obrantes en los ficheros de las Administraciones Públicas, especialmente los datos de la Agencia Especial de la Administración Tributaria y de la Seguridad Social, a los efectos de cumplimiento de los requisitos y condiciones para obtener el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema.

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

Fdo.: .....

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en este organismo, 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)

**CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL**

## 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. DATOS DEL 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

Si tuviera la consideración de persona con discapacidad deberá aportar copia de la resolución o certificado del IMSERSO u Organismo competente de la Comunidad Autónoma que acredite su grado de minusvalía.

#### 3. Datos de residencia

Relacione los períodos 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 períodos 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.

### II. 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.

## DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

- Informe de salud
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/ del solicitante.
- Certificado de empadronamiento del solicitante.
- En el caso de que el solicitante disponga de Certificado de minusvalía, fotocopia compulsada del mismo.

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.
- Fotocopia compulsada del DNI/NIE del representante legal o del guardador de hecho.