



Comunidad de Madrid

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Orden 2386/2008, de 17 de diciembre de 2008, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del programa individual de atención, las prestaciones económicas y servicios y el régimen de incompatibilidades.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD

- Informe de salud emitido por un médico colegiado.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/ Pasaporte del solicitante.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/ Pasaporte del representante.
- Certificado de empadronamiento que acredite la residencia en un municipio de la Comunidad de Madrid en el momento de presentar la solicitud.
- Certificado/s de empadronamiento que acrediten la residencia en la nación española durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud, salvo en el supuesto de residentes que carezcan de la nacionalidad española y no sean comunitarios, que deberán presentar certificado de residencia legal por los mismos periodos, expedido por el Ministerio de Interior.
- Si el solicitante es pensionista de gran invalidez, deberá presentar fotocopia compulsada del documento que lo acredite.
- Si el solicitante tiene reconocido algún grado de discapacidad, deberá presentar fotocopia compulsada del documento que lo acredite.

Sello de Registro de entrada en el centro de presentación

Sello de Registro de entrada en la Consejería

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.
- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

En, a de de 20.....

Fdo.:

SOLICITANTE

1. Datos personales

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN				
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro	Nº	
FECHA NACIMIENTO Día Mes Año	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		
DOMICILIO (Calle/Plaza)		Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	COMUNIDAD AUTÓNOMA					
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO-E (E-mail)					
¿TIENE SEGURIDAD SOCIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario	Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL					
DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE							
Entidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oficina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	D.C.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nº Cuenta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. Domicilio a efectos de notificaciones (rellenar únicamente en caso de ser distinto al domicilio del solicitante)

DOMICILIO (Calle/Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	COMUNIDAD AUTÓNOMA				

3. Datos de residencia

- 3.1. ¿Es usted emigrante español/a retornado/a? Sí (Indique fecha del retorno definitivo.....) No
- 3.2. ¿Reside legalmente en la actualidad en España? Sí No
- 3.3. ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años? Sí No
- 3.4. De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? Sí No
- 3.5. ¿Está usted empadronado en algún municipio de la Comunidad de Madrid? Sí No

DATOS DEL REPRESENTANTE (rellenar únicamente si firma la solicitud persona distinta del solicitante)

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	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	COMUNIDAD AUTÓNOMA					
RELACIÓN CON EL INTERESADO	<input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Guardador de hecho <input type="checkbox"/> Otra relación						

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA LA ADMINISTRACIÓN

1. INDIQUE SUS PREFERENCIAS ENTRE LOS POSIBLES SERVICIOS/PRESTACIONES QUE, EN SU CASO, PUEDA RECIBIR (marque sólo una opción):

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar
 Prestación económica de asistencia personal (sólo grado III)
 Atención Residencial
 Centro de Día
 Ayuda a domicilio

2. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

- 2.1. ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia? Sí Año..... No
 2.2. ¿Tiene reconocido grado de minusvalía? Sí Año..... No
 2.3. ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona? Sí Año..... No
 2.4. ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? Sí Año..... No

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 LISMI? Sí No
 3.4. ¿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	DNI/NIF/NIE	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU
----------------------------------	-------------	-----------------	---

SERVICIOS RECIBIDOS

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 el Organismo o entidad prestataria:

- Teleasistencia Otros _____
 Ayuda a domicilio Organismo/ Entidad prestataria _____

¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? Sí No

Si la respuesta es afirmativa indique los datos de la persona que le atiende:

NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIF/NIE		NACIONALIDAD			
FECHA NACIMIENTO		Indique PARENTESCO o RELACIÓN con el solicitante				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
DOMICILIO (Calle/Plaza)		Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA		¿DESDE QUÉ FECHA RESIDE EN ESTA LOCALIDAD? (Indique la fecha)				
TELÉFONO FIJO			TELÉFONO MÓVIL				

2. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día?

Sí No

- Temporal Permanente Público/ Concertado Privado

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 Público/ Concertado Privado

Denominación del Centro

Nombre del organismo o entidad

Dirección del Centro Localidad.....

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS DEBE RELLENAR TODOS LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD

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. El solicitante debe ser el titular de la cuenta bancaria que se indique en este apartado.

2. Domicilio a efectos de notificaciones

Sólo debe rellenarse si es distinto al domicilio del solicitante. Si la solicitud está firmada por el representante, el domicilio a efectos de notificaciones será el que figure en el apartado “Datos del Representante”.

3. Datos de residencia

Si el solicitante es menor de cinco años, los datos de residencia se referirán a la persona que ejerza la guarda y custodia del menor.

II. DATOS DEL REPRESENTANTE

Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante.

III. INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA LA ADMINISTRACIÓN

1. Preferencias entre los posibles servicios/prestaciones que, en su caso, pueda recibir

En este apartado, marque sólo una opción. Estas preferencias se marcarán a los solos efectos informativos, sin que ello implique la adquisición del derecho a las mismas.

2. Datos sobre la situación de dependencia

Sólo en el caso de que tenga reconocido grado de minusvalía por una Administración distinta de la Comunidad de Madrid debe aportar, junto con la solicitud, copia compulsada de la resolución o certificado del IMSERSO u Organismo competente de la Comunidad Autónoma que lo acredite.

3. Datos sobre prestaciones públicas

En caso de que proceda, debe aportar, junto con la solicitud, copia compulsada de la resolución de reconocimiento del complemento de gran invalidez o de la necesidad de asistencia de tercera persona.

IV. SERVICIOS RECIBIDOS

Si está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno, debe consignar los datos personales de la persona que le atiende.

ADVERTENCIA

No olvide firmar la solicitud y adjuntar a ésta toda la documentación necesaria que se relaciona en el apartado anterior a la firma.

LUGAR DE ENTREGA

Una vez que disponga de toda la documentación a aportar deberá presentarla, junto a la solicitud debidamente cumplimentada, en el centro de servicios sociales municipales de su domicilio, en cualquiera de los Registros de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales (**calle Espartinas nº10**, calle Pedro Muñoz Seca nº3 o calle Agustín de Foxá nº31), o en cualquiera de los lugares contemplados en el artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero “Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)”, cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y para la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/apdcm). No está prevista ninguna cesión de datos. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la calle Espartinas nº10, 28001 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.