

ANEXO I



Gobierno
de Canarias

Consejería de Empleo
y Asuntos Sociales
Dirección General
de Servicios Sociales

**SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y
ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

**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 (B.O.E. n.º 299, de 15 de diciembre de 2006)

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

I SOLICITANTE

1. Datos personales

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN				
			<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro N.º				
FECHA NACIMIENTO		SEXO	NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL	
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer			
Domicilio (Calle / Plaza)			N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
			CÓDIGO POSTAL				
LOCALIDAD (Municipio / Isla)					PROVINCIA		
TELÉFONO FIJO			TELÉFONO MÓVIL		CORREO-E		
¿ TIENE SEGURIDAD SOCIAL ?					N.º AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			<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
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó: _____	y año _____	
2.2 ¿Tiene reconocido grado de minusvalía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: _____	y año _____	
2.3 ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: _____	y año _____	
2.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: _____	y año _____	

3. Datos de residencia

3.1 ¿Es usted emigrante español/a retornado/a?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día _____ mes _____	y año _____	
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
De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa indique:		
Periodos	Localidad	Provincia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

II DATOS DE CONVIVENCIA

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

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN 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 DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

Tipo de Actividad	Rendimientos Integros (anual)

1.3 RENTAS DE CAPITAL

Concepto	Rendimientos Integros (anual)

1.4 GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES

Concepto	Rendimientos Integros (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 públicas1. ¿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.	<p>¿Está siendo atendido en su domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como Organismo o entidad prestataria.</p> <p><input type="checkbox"/> Teleasistencia _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio _____</p> <p>¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:</p> <p style="text-align: center;">DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">NOMBRE Y APELLIDOS</td> <td>DNI/NIE</td> <td colspan="2">NACIONALIDAD</td> <td colspan="3">Relación (indique parentesco o relación)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DOMICILIO (Calle / Plaza)</td> <td>N.º</td> <td>Bloque</td> <td>Escalera</td> <td>Piso</td> <td>Puerta</td> <td>CÓDIGO POSTAL</td> </tr> <tr> <td>LOCALIDAD</td> <td>PROVINCIA</td> <td colspan="5">¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha)</td> </tr> </table>	NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE	NACIONALIDAD		Relación (indique parentesco o relación)			DOMICILIO (Calle / Plaza)		N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha)				
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE	NACIONALIDAD		Relación (indique parentesco o relación)																			
DOMICILIO (Calle / Plaza)		N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL																	
LOCALIDAD	PROVINCIA	¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha)																						
2.	<p>¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día o Centro de Noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:</p> <p>Denominación del Centro _____</p> <p>Nombre del organismo o entidad _____</p> <p>Dirección del Centro _____</p> <p>Localidad _____</p>																							
3.	<p>¿Se encuentra usted atendido en un Centro residencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente</p> <p>Denominación del Centro _____</p> <p>Nombre del organismo o entidad _____</p> <p>Dirección del Centro _____</p> <p>Localidad _____</p>																							
5.	<p>¿Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																							
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 <input type="checkbox"/> CIF N.º																				
DOMICILIO (Calle / Plaza)		N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL																	
LOCALIDAD	PROVINCIA	COMUNIDAD AUTÓNOMA			TELÉFONO																			
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 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 Servicios Sociales cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____, a _____ de _____ de 200 _____

Fdo.: _____

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que sus datos personales son tratados por la Consejería competente en materia de servicios sociales de la Administración de la Comunidad Autónoma, en el fichero correspondiente, con la finalidad de gestionar prestaciones públicas y servicios de la competencia de la indicada Consejería. Podrán cederse a los Servicios Sociales Insulares y Municipales, Seguridad Social y demás Organismos Públicos que directa o indirectamente intervengan en la gestión de prestaciones públicas, además de las cesiones previstas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Consejería competente en materia de servicios sociales de la Administración de la Comunidad Autónoma, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley.

A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

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

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.

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.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del solicitante.
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.

ANEXO II



**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 (B.O.E. nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

INFORME DE SALUD DE LA PERSONA

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre	Fecha Nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

1.-indique los diagnósticos de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, crónico, prolongado de larga duración que presenta:

Diagnóstico	Código (*)

(*) Indique el sistema de codificación utilizado (CIE-9, CIE-10, CIAP ...)

Diagnóstico de enfermería	Código NANDA (*)

(*) Si disponible

2.-En el caso de niños entre 0 y 5 meses, indique el peso al nacimiento en gramos: _____

3.-indique los tratamientos actuales que tiene prescritos (*):

Farmacológico	
Psicoterapéutico	

Rehabilitador	
Higiénico-dietético	
Cuidados de enfermería. NIC	
Otros	

(*) Se podrán adjuntar los planes de tratamiento disponibles.

4.- Indique las medidas de soporte funcional, soporte terapéutico y/o ayudas técnicas que tiene prescritas:

--

5.- Si entre las patologías descritas, alguna cursa en brotes, indíquela:

Patología	Frecuencia en el último año

6.-Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si la situación actual de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses:

Se mantendrá más o menos igual. Mejorará. Empeorará.

Informe emitido por

D/Dª.....
Facultativo/a.

D/Dª.....
Enfermero/a.

Dependientes del Organismo:

Sello o etiqueta adhesiva	Fecha y firma (*)

(*) Imprescindible firma del facultativo/a.