Atención! Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo sitúe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

Dirección General de Coordinación de la Dependencia
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones económicas y servicios

1.- Datos de el/la solicitante:

NIF / NIE		Nombre							
Primer apellido				Segundo apellido					
Fecha nacimiento		Sexo: ○ Hombre ○ Mujer			Estado civil				
Nacionalidad				Segunda nacionalidad					
Domicilio	Tipo de vía		Nombre de vía						
Número		Bloque		Escalera		Piso		Puerta	
CP		Localidad			Provincia				
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico					
¿Tiene seguridad social? ○ Sí ○ No			○ Titular ○ Beneficiario		Nº Afiliación Seguridad Social				

2.- Datos de el/la representante:

NIF / NIE		Nombre			
Primer apellido			Segundo Apellido		
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico	
Relación con solicitante		Tipo representación: ○ Representante legal ○ Guardador de hecho ○ Otra			

3.- Medio de notificación:

○	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)										
○	Deseo ser notificado/a por correo certificado										
	Tipo de vía		Nombre de vía								
	Número		Bloque		Escalera		Piso		Puerta		CP
	Localidad			Provincia				País			

4.- Otros datos de el/la solicitante:

4.1.- Datos de residencia:

¿Es emigrante español retornado?	○ Sí	Año		○ No
¿Reside en la actualidad legalmente en España?			○ Sí	○ No
¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?			○ Sí	○ No
De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?			○ Sí	○ No
¿Está empadronado en algún municipio de la Comunidad de Madrid?			○ Sí	○ No

4.2.- Datos de convivencia:

¿Convive con alguna de las siguientes personas: cónyuge, hijos, nietos, padres, abuelos y/o hermanos?	○ Sí	○ No
En caso afirmativo, indique:		

NOMBRE	APELLIDOS	NIF/NIE	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

4.3.- Otra información relevante para la Administración:

A) PREFERENCIA ENTRE LOS POSIBLES SERVICIOS/PRESTACIONES QUE, EN SU CASO, PUEDA RECIBIR

SERVICIOS	
○ Atención Residencial	
○ Servicio de ayuda a domicilio intensiva	
○ Centro de Atención Diurna	○ Atención Intensiva (de lunes a viernes)
	○ Atención No Intensiva (2-3 días de lunes a viernes). Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial.
	○ Atención Fin de Semana. Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial.
○ Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal u otros servicios	

PRESTACIONES	
○ Prestación económica para cuidados en el entorno familiar *(Cuando el solicitante esté siendo atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno)*	○ A tiempo completo (mínimo 160 horas mensuales)
	○ A tiempo parcial (mínimo 80 horas mensuales). Compatible con el servicio de ayuda a domicilio no intensiva.
○ Prestación económica de asistencia personal *(sólo grado III)*	
○ Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio *(Cuando el solicitante se encuentre atendido en un centro o recurso privado y no sea posible su traslado a un recurso público)*	○ Atención Residencial
	○ Centro de Atención Diurna
	○ Atención domiciliaria (Ayuda a domicilio y/o teleasistencia)
	○ Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal

B) DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?	○ Sí	Año		○ No
¿Tiene reconocido grado de discapacidad?	○ Sí	Año		○ No
Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de discapacidad y el porcentaje:				
○ Física %	○ Intelectual %	○ Física-Intelectual %	○ Enfermedad mental %	
¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona?	○ Sí	Año		○ No
Si la respuesta es afirmativa, indique los puntos ATP que tiene reconocidos				
¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	○ Sí	Año		○ No

C) DATOS SOBRE PRESTACIONES PÚBLICAS

¿Percibe una pensión de gran invalidez?	○ Sí	○ No
¿Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona?	○ Sí	○ No
¿Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI?	○ Sí	○ No
¿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	NIF/NIE	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE
			○INSS ○ISFAS ○MUFACE ○MUGEJU

¿Percibe algún otro tipo de prestación pública?	○ Sí	○ No

Si la respuesta es afirmativa indique:	CUANTIA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE
		○INSS ○ISFAS ○MUFACE ○MUGEJU

4.4.- Servicios recibidos:

☐ **Está siendo atendido <u>en su domicilio</u>**					
Si la respuesta es afirmativa, señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como el Organismo o Entidad prestataria:					
☐ Teleasistencia	☐ Ayuda a domicilio	☐ Otros (señalar cuál)			
Organismo/Entidad prestataria					
☐ ¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno?					
Si la respuesta es afirmativa indique los datos de la persona que le atiende:					
NOMBRE Y APELLIDOS	NIF/NIE	NACIONALIDAD	FECHA NACIMIENTO	SEXO	
				☐ H ☐ M	
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		
Nº		Bloque		Escalera	
Piso		Puerta			
CP		Localidad		Provincia	
Teléfono fijo		Teléfono móvil		¿Desde qué fecha reside en esta localidad?	
¿Desde qué fecha atiende al solicitante?		Parentesco con el solicitante			

☐ **Está siendo atendido en un <u>Centro de Atención Diurna</u>**			
Si la respuesta es afirmativa, señale si la plaza es:	☐ Temporal ☐ Permanente	☐ Pública/concertada ☐ Privada	
Denominación del Centro			
Nombre del organismo o entidad			
Dirección del Centro		Localidad	

☐ **Está siendo atendido en un <u>Centro Residencial</u>**			
Si la respuesta es afirmativa, señale si la plaza es:	☐ Temporal ☐ Permanente	☐ Pública/concertada ☐ Privada	
Denominación del Centro			
Nombre del organismo o entidad			
Dirección del Centro		Localidad	

☐ **No recibe ningún tipo de atención**

5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF/NIE del solicitante en vigor	☐	☐
NIF/NIE del representante en vigor, en su caso	☐	☐
Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que el solicitante reside en un municipio de la Comunidad de Madrid, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	☐	
En el caso de extranjeros no comunitarios, certificado del Ministerio del interior que acredite que el solicitante dispone de residencia legal en España, y que la ha tenido al menos por cinco años, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	☐	
Certificado colectivo de empadronamiento o residencia que acredite los miembros que componen la unidad de convivencia	☐	
Informe de salud actualizado y emitido por un médico colegiado	☐	
Resolución de reconocimiento de grado de discapacidad (emitida por la Comunidad de Madrid)	☐	☐
Resolución de reconocimiento de grado de discapacidad (no emitida por la Comunidad de Madrid)	☐	
Resolución de reconocimiento del complemento de gran invalidez	☐	
Anexo de autorización para recabar datos económicos de la unidad de convivencia	☐	

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

6.- Entidad bancaria (*):

Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta

(*) En la cuenta aportada debe aparecer como titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia.

7.- Declaración del solicitante:

☐ **(Marque la casilla si está conforme)**

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 se 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.

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero “Información Institucional” cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En ……, a 02 ..... de diciembre ..... de 2010 ….

FIRMA

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 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). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. 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 C/Espartinas, nº 10, 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.

DESTINATARIO	Consejería de Familia y Asuntos Sociales Dirección General de Coordinación de la Dependencia

Limpiar campos Imprimir