120030

SIYI

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Código SIACI

Nº Procedimiento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | |  | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | NIF | NIE | Núm. documento |  | Fecha Nacimiento |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Estado Civil |  | Sexo: H |  | M |  |  | Nacionalidad: |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: |  | | |  | | Población: | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | |  | |  | Correo electrónico: | | | |  | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellidos Cónyuge: | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |   DNI Cónyuge: Fecha Nacimiento Cónyuge:  **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE/GUARDADOR DE HECHO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | | Número de documento: | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | |  | | | Población: | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | |  | |  | | Correo electrónico: | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Parentesco con la persona interesada: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| **Si existe representante o guardador de hecho, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** | |
| Correo postal *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados*  *a la notificación electrónica.)*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en*  *la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos).* | |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. |
| **Finalidad** | Reconocimiento de la situación de dependencia y gestión de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha; Decreto 3/2016, de 26 de enero, y Decreto 1/2019, de 8 de enero). |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es |

|  |
| --- |
| **DATOS SOBRE LA SITUACION DE DEPENDENCIA** |
| 1. ¿Tiene reconocido Grado de Discapacidad? SI  NO 2. ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona? (ATP) SI  NO 3. ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de Gran Invalidez? SI  NO |

|  |
| --- |
| **DATOS DE RESIDENCIA** |
| 1. ¿Es usted español/a emigrante retornado/a? SI  NO  Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día       mes       año  2. ¿Reside legalmente en la actualidad en España? SI  NO  3. ¿Ha residido legalmente en España durante 5 años? SI  NO  De estos 5 años, ¿han sido 2 inmediatamente anteriores a la fecha esta solicitud? SI  NO  Si la respuesta es afirmativa indique:  Periodos Localidad Provincia/Comunidad |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| EXPONE: Que reuniendo los requisitos, y al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y conforme al Decreto 1/2019, de 8 de enero, de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.  SOLICITA: El reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho al acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.  MENORES DE 6 AÑOS  MAYORES DE 6 AÑOS |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS.** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Las disposiciones patrimoniales realizadas en los últimos 4 años, de conformidad con lo dispuesto en la Disposición adicional quinta de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, son las siguientes:  -  -  -  No está obligada a presentar declaración sobre el impuesto de la renta y sobre el patrimonio.  Datos económicos (Rellenar solo en el caso de no tener obligación de presentar declaración sobre el impuesto de la renta y sobre el patrimonio o se opone expresamente a la consulta de datos económicos).  1. Datos sobre la renta  ¿Tiene ingresos o rentas propios? SI  NO  1.1. RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES ECONÓMICAS  Concepto Empresa, Organismo o Persona Ingresos íntegros (anual)        1.2. RENTAS DE CAPITAL  Concepto Rendimientos Íntegros (anual)          1.3. RENTAS DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS  Tipo de Actividad Rendimientos Íntegros (anual)        1.4. GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES  Concepto Rendimientos Íntegros (anual)        2. Datos sobre el patrimonio  ¿Es titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual? SI  NO  Si la respuesta es afirmativa indique:  BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD  Concepto Valor Deudas y Obligaciones        DEUDAS Y OBLIGACIONES  Concepto Valor Deudas y Obligaciones        3. Miembros de la unidad de convivencia  Rellenar solo cuando la persona interesada tenga a su cargo cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o hijos menores de 25 años o mayores con discapacidad que dependan económicamente de ella.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre | Apellidos | DNI | Fecha de nacimiento | Relación con el solicitante | Ingresos anuales | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   Es necesario rellenar el Anexo de Autorización de Cesión de Datos por cada uno de los miembros de la unidad de convivencia que aparece en la página 8 de esta solicitud.  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones**  Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.  NO: Los acreditativos de identidad de la persona interesada y de su representante o guardador de hecho  NO: Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).  NO: La información de la última declaración sobre la renta de las personas físicas.  NO: La información de la última declaración sobre la renta del patrimonio.  NO: La información de todos los bienes inmuebles de los que sea titular la persona interesada.  NO: La información sobre pensiones públicas que perciba la persona interesada.  NO: La información sobre activos financieros (depósitos bancarios y fondos de inversión).  Autorizo expresamente el acceso a la consulta de la información obrante en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, siempre que sea posible dicha consulta    Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:  Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .  Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .  Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .  En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:  -  -  -  En caso de no otorgar la autorización indicada anteriormente, deberá presentar:  Documento Nacional de Identidad de la persona interesada Para los menores de edad se presentará igualmente Documento Nacional de Identidad.  Las personas que carezcan de la nacionalidad española aportarán tarjeta acreditativa de su condición de residente en la que figure el Número de Identificación de Extranjero.  Certificado de empadronamiento de la persona interesada.  La última declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas de la persona interesada.  La última declaración del impuesto sobre el patrimonio de la persona  La información sobre activos financieros (depósitos bancarios y fondos de inversión).  La presente autorización se otorga exclusivamente a efectos del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  ME COMPROMETO a que los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria y/o los profesionales del Equipo Interdisciplinar de Atención a la Dependencia puedan acceder a mi domicilio, cuando me sea requerido y a los efectos de realizar las tareas de valoración de la situación socio-familiar, de desenvolvimiento en el entorno en el que vivo, así como de comprobar el cumplimiento de los requisitos o la variación de las circunstancias. |

**Documentación que aporta junto con la solicitud:**

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

Informe de salud

Resolución judicial de incapacitación y documento acreditativo de la representación, en su caso.

Si la persona interesada pertenece a los regímenes especiales del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (Isfas), de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface), de la Mutualidad General Judicial (Mugeju) o a un colectivo con Convenio especial de atención sanitaria, deberá aportar la documentación acreditativa de la pertenencia a estos regímenes.

|  |
| --- |
| **OPCIÓN PREFERIDA PARA LA ATENCIÓN A SU SITUACIÓN DE DEPENDENCIA** |
| De los servicios y prestaciones que conforman el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, enumere por orden de preferencia (dando el número 1 a su preferencia principal y así sucesivamente) las que desearía recibir, teniendo en cuenta la prelación en los servicios y el régimen de compatibilidades establecido en el Decreto 3/2016, de 26/01/2016, por el que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable. Tal y como recoge la citada normativa, primarán los servicios sobre las prestaciones económicas, y únicamente se reconocerá la prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo al cuidador no profesional cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado, o en su defecto, a su correspondiente prestación económica vinculada:  Servicios de promoción de la autonomía personal. Indique la modalidad:  SEPAP- MejoraT  Atención temprana  Productos de apoyo  Otros (especificar):    Servicio de teleasistencia  Servicio de ayuda domicilio  Servicio de centro de día o centro ocupacional para personas con discapacidad. Indique los centros por orden de preferencia:        Servicio de estancias diurnas de atención a personas mayores. Indique los centros por orden de preferencia:        Servicio de atención residencial de carácter permanente para personas con discapacidad. Indique los centros por orden de preferencia:        Servicio de atención residencial de carácter permanente para personas mayores. Indique los centros por orden de preferencia:        Servicio de atención residencial de carácter temporal. Indique los centros por orden de preferencia:        Prestación económica vinculada al servicio. Indique para qué servicios:  Servicio de atención residencial  Servicio de estancias diurnas para personas mayores  Servicio de ayuda a domicilio  Servicio de promoción de la autonomía personal (especificar):    Prestación económica de asistencia personal  Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales |

En.       a       de       de      .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DELEGADO/A PROVINCIAL de la CONSEJERÍA de BIENESTAR SOCIAL de**

**ANEXO – AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DECLARADOS EN LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**.

Para la tramitación de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Delegación Provincial de la Consejería de Bienestar Social va a proceder a verificar los siguientes datos y documentos relativos a los miembros de la unidad familiar que a continuación se relacionan, salvo que los mismos no autoricen expresamente dicha comprobación, en cuyo caso se comprometen a aportar la documentación pertinente.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. |
| **Finalidad** | Reconocimiento de la situación de dependencia y gestión de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha y Decreto 3/2016, de 26 de enero). |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellidos y nombre | NIF/NIE | Firma |
|  |  |  |
| Miembro de la Unidad de Convivencia | | |
| **Este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**    NO: La información relativa a la identidad.  NO: La información relativa a la residencia.  NO: La información relativa a la última declaración del IRPF.  NO: La información sobre las prestaciones de la Seguridad Social.  NO:La información referida al grado de discapacidad reconocida o la situación de incapacidad para trabajar  NO:Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración:  -  -    **Asimismo, este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social, va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  En el supuesto de que expresamente no autorice a este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:  -  -  **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellidos y nombre | NIF/NIE | Firma |
|  |  |  |
| Miembro de la Unidad de Convivencia | | |
| **Este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**    NO: La información relativa a la identidad.  NO: La información relativa a la residencia.  NO: La información relativa a la última declaración del IRPF  NO: La información sobre las prestaciones de la Seguridad Social.  NO:La información referida al grado de discapacidad reconocida o la situación de incapacidad para trabajar  NO:Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración:  -  -  -  **Asimismo, este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social, va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  - Documento      , presentado con fecha      ante la unidad       de la Administración de  En el supuesto de que expresamente no autorice a este órgano gestor de la Consejería de Bienestar Social a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:  -  -  -  **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.** | | |