

SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA
(Código de procedimiento: 2454)

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.



ZTS/UTS (A cumplimentar por la Administración Local)

Nº EXPEDIENTE
(A cumplimentar por la Administración Autonómica)

(Antes de cumplimentar la solicitud, lea atentamente las instrucciones consignadas en la última hoja)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

| | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|------------------------|---|-----------|------------|---------|
| NOMBRE: | | APELLIDOS: | | | DNI/NIE/NIF/PASAPORTE: | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | | NACIONALIDAD: | | | | | |
| TARJETA SANITARIA: | | | | | | | | | |
| Nº HISTORIA DE SALUD DE ANDALUCÍA: | | | | Nº SEGURIDAD SOCIAL (si no tiene o desconoce el anterior): | | | | | |
| ESTADO CIVIL: | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLTERO/A | | <input type="checkbox"/> CASADO/A | | <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A | | <input type="checkbox"/> VIUDO/A | | | |
| <input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO | | | | | | | | | |
| VIVE USTED SOLO/A: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOMICILIO: | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | <input type="checkbox"/> HOSTERÍA | | <input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENCIAL | | <input type="checkbox"/> VIVIENDA TUTELADA | | | |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DE ACOGIDA | | <input type="checkbox"/> CONVENTO | | <input type="checkbox"/> VÍA PÚBLICA | | <input type="checkbox"/> CENTRO PENITENCIARIO | | | |
| DOMICILIO: | | | | | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | | | KM. VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: |
| LOCALIDAD: | | | | PROVINCIA: | | PAÍS: | | C. POSTAL: | |
| TELÉFONO 1: | | TELÉFONO 2: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | |
| TIENE SEGURIDAD SOCIAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | |
| EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE: <input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO/A Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: | | | | | | | | | |
| EN CASO NEGATIVO, INDIQUE: <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> MUFACE | | | | | | | | | |

2 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE LE REPRESENTA

Si es una persona física, indique:

| | | | | | | | |
|----------------------|--|---------------|--|---------------------|--|--|--|
| NOMBRE: | | APELLIDOS: | | | DNI/NIE/NIF/PASAPORTE: | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | NACIONALIDAD: | | | SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | | |
| TELÉFONO 1: | | TELÉFONO 2: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |

Si se trata de una entidad jurídica, señale:

| | | | | | | |
|---|--|------------|--|------|----------|--|
| NOMBRE DE LA ENTIDAD: | | | | NIF: | | |
| REPRESENTANTE / TITULAR: | | | | | | |
| NOMBRE: | | APELLIDOS: | | | DNI/NIE: | |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> LEGAL (En este caso, indique si actúa en representación de: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Persona incapacitada. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Persona presuntamente incapacitada. (guardador/a de hecho) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo/a menor de edad. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Menor de edad sometido a tutela ordinaria. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Menor en situación de desamparo, sometido a tutela administrativa. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> VOLUNTARIA. | | | | | | |



2 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE LE REPRESENTA (continuación)

| | | | | | | | |
|---|-----------------|------------------|-------------------------------------|--------|-----------------------|------------|---------|
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES: | | | | | | | |
| TIPO VÍA: | NOMBRE VÍA: | KM. VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PISO: | PUERTA: |
| LOCALIDAD: | | PROVINCIA: | | PAÍS: | | C. POSTAL: | |
| PERSONAS DE CONTACTO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES: | | | | | | | |
| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE | | TELÉFONOS DE CONTACTO | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

3 DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

| | |
|---|--|
| - Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| En caso afirmativo, indique la localidad en que lo solicitó: | y año |
| - Tiene reconocido/a discapacidad: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| En caso afirmativo, indique la localidad donde se efectuó: | y año |
| Grado reconocido: | Tipo (con carácter voluntario): |
| - Tiene diagnosticada una enfermedad rara, catalogada como tal: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| - Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida diaria: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| En caso afirmativo, fecha de resolución: | Puntuación obtenida: Localidad donde se efectuó: |
| Grado reconocido: | Tipo (con carácter voluntario): |
| - Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| En caso afirmativo, indique la localidad en que lo solicitó: | y año |

4 DATOS DE RESIDENCIA

| | | |
|--|---|-----------------------|
| - Es usted emigrante andaluz/a retornado/a: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| En caso afirmativo, indique la fecha del retorno definitivo: | y año | |
| - En la actualidad, reside legalmente en Andalucía: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| - Ha residido legalmente en España durante cinco años: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| - De esos cinco años, dos han sido inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | |
| En caso afirmativo, indique: | | |
| PERIODOS | LOCALIDAD | PROVINCIA / COMUNIDAD |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5 SERVICIOS PROFESIONALES Y/O CUIDADOS QUE RECIBE LA PERSONA SOLICITANTE

| | |
|---|---|
| SERVICIOS PROFESIONALES : | |
| - Se encuentra atendido/a en un centro de día o de noche: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| En caso afirmativo, indique: | |
| Denominación del centro: | |
| Nombre del organismo o entidad: | |
| Dirección del centro: | |
| Localidad: | |
| - Se encuentra atendido/a en un centro residencial: | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| En caso afirmativo, indique los siguientes datos: | <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente |

001263/3D

**5 SERVICIOS PROFESIONALES Y/O CUIDADOS QUE RECIBE LA PERSONA SOLICITANTE (continuación)**

Denominación del centro:

Nombre del organismo o entidad:

Dirección del centro:

Localidad:

- Está recibiendo algún servicio de teleasistencia en su domicilio: SÍ NO

En caso afirmativo, indique los siguientes datos:

Nombre del organismo o entidad:

- Está recibiendo algún servicio de ayuda a domicilio en su domicilio: SÍ NO

En caso afirmativo, indique los siguientes datos:

Nombre del organismo o entidad:

Número de horas de atención que recibe mensuales:

- Otros servicios profesionales que recibe:

CUIDADOS:

- Está recibiendo cuidados en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno: SÍ NO

En caso afirmativo, indique los siguientes datos:

Fecha desde la que recibe los cuidados:

Datos de la persona que le cuida principalmente:

NOMBRE: APELLIDOS: DNI/NIE/NIF/PASAPORTE:

FECHA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD: SEXO: HOMBRE MUJER RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE:

DOMICILIO:
TIPO VÍA: NOMBRE VÍA: KM. VÍA: NÚMERO: LETRA: ESCALERA: PISO: PUERTA:

LOCALIDAD: PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:

TELÉFONO 1: TELÉFONO 2: CORREO ELECTRÓNICO:

Nombre del organismo o entidad:

6 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (Original o copia compulsada)

- DNI/NIE/NIF/PASAPORTE de la persona solicitante.(En caso de no prestar su consentimiento)
- DNI/NIE/NIF/PASAPORTE de la persona representante.(En caso de no prestar su consentimiento)

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA REPRESENTACIÓN (MARCAR LA QUE CORRESPONDA)

- Sentencia judicial de incapacitación que designe a la persona representante o resolución judicial que nombre a dicha persona, en su defecto.
- Declaración de guardador/a de hecho.
- Libro de familia o documento acreditativo de la guarda y custodia.
- Sentencia judicial de constitución de tutela ordinaria y designación de tutor/a.
- Resolución por la que se asume la tutela administrativa.
- Autorización para la representación voluntaria.
- Poder notarial.
- Declaración de mandato verbal.
- Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que la persona solicitante reside en un municipio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud.
- Informe de condiciones de salud (adjuntar sólo en caso de pertenecer a MUFACE, MUGEJU o ISFAS).

7 AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

La persona solicitante AUTORIZA, como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónico recogida en la presente solicitud (Plataforma NOTIFICA de la Junta de Andalucía). (Para ello deberán disponer de Certificado de Persona Física de firma electrónica reconocido).

8 DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIÓN EXPRESA

LA PERSONA SOLICITANTE DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.



8 DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIÓN EXPRESA (Continuación)

- Que queda enterada de la obligación de comunicar a la Delegación Territorial de la Consejería competente en materia de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, correspondiente a su domicilio, cualquier cambio en las circunstancias declaradas en la presente solicitud que pudiera producirse en lo sucesivo. Particularmente, de la obligación de comunicar inmediatamente el ingreso en un centro hospitalario o asistencial que no suponga coste, en caso de producirse.
- Que asume el compromiso de facilitar el seguimiento y control de las prestaciones, incluyendo el acceso al domicilio, cuando fuera necesario.
- Que la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía tiene competencia, si media autorización, para realizar las verificaciones y consultas de datos necesarios para el reconocimiento del derecho a las prestaciones del SAAD, que obren en los ficheros de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, Agencia Tributaria de Andalucía, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Instituto Nacional de Estadística o Dirección General de la Policía, por lo que:
..... AUTORIZA a esta Agencia para que realice las verificaciones y consultas de identidad.
..... AUTORIZA a esta Agencia para que realice las verificaciones y consultas de residencia.
..... AUTORIZA a esta Agencia para que realice las verificaciones y consultas de renta.
..... AUTORIZA a esta Agencia para que realice las verificaciones y consultas de patrimonio.
- Que AUTORIZA a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía para que solicite el Informe del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre la salud de la persona solicitante, a los efectos previstos en el artículo 27 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
(Si no desea autorizar a la Agencia escriba "NO" en los puntos suspensivos).

En a de de

LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Fdo.:

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD EN

.....
Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

COMO REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA DE ANDALUCÍA EN DICHO TERRITORIO

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía cuya dirección es C/ Seda 5, 41071 Sevilla.
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.assda@juntadeandalucia.es
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para realizar la gestión del ciclo completo para la Resolución del Grado y Nivel de Dependencia, cubriendo las demandas de los ciudadanos la elaboración del Programa Individual de Asistencia, la asignación de recursos o prestaciones así como las incidencias y reclamaciones surgidas en todos el proceso , cuya base jurídica es la Ley 9/2006 de 27 de diciembre de Servicios Sociales de Andalucía.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>



INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL MODELO

- ANTES DE ESCRIBIR, LEA ATENTAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD.
- ESCRIBA A BOLÍGRAFO, EN LETRAS MAYÚSCULAS Y CON CLARIDAD
- PRESENTE CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, CON ELLO EVITARÁ RETRASOS INNECESARIOS

1.- DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

- Este apartado se cumplimentará, en todo caso, con los datos personales de la persona solicitante, esto es, de la persona para quien se promueve el reconocimiento de la situación de dependencia.
- Si usted ostenta la doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

2.- DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE LE REPRESENTA

- Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta de la solicitante, que ostente su representación legal o voluntaria.

3.- DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

- Este apartado se cumplimentará, en todo caso, con los datos correspondientes al domicilio o apartado postal donde se deseen recibir las notificaciones relativas al procedimiento, pudiendo o no coincidir con el de la persona solicitante.

4.- 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 discapacidad.

5.- DATOS DE RESIDENCIA

- Relacione los periodos 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 la persona solicitante tiene nacionalidad de algún país de la Comunidad de la Unión Europea, indique los periodos de residencia en dichos países.
- Si la persona solicitante es menor de cinco años, los datos de residencia se referirán a los cumplidos por aquella persona que ejerza la guardia y custodia del menor, excepto en el supuesto de menores tutelados por la Junta de Andalucía.

6.- DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

El apartado correspondiente a la "Documentación acreditativa de la representación" se cumplimentará siempre que la solicitud se firme por persona distinta de la solicitante, según las indicaciones siguientes:

- Sentencia judicial de incapacitación que designe a la persona representante o resolución judicial que nombre a dicha persona, en su defecto. Documentación a presentar en caso de que se actúe en representación de una persona incapacitada judicialmente.
- Declaración de guardador/a de hecho. En los casos en que se actúe como representante de una persona presuntamente incapacitada, se adjuntará dicha declaración, según documento facilitado al efecto.
- Libro de familia o documento acreditativo de la guarda y custodia. Será necesario aportarlo en el caso de menores de dieciocho años representados por su padre o madre.
- Sentencia judicial de constitución de tutela ordinaria y designación de tutor/a. Documentación a aportar en el caso de menores de edad sometidos a tutela ordinaria.
- Resolución por la que se asume la tutela administrativa. A presentar en caso de menores en situación de desamparo tutelados por la Administración de la Junta de Andalucía.
- Autorización para la representación voluntaria o poder notarial. Documentos a presentar en caso de representación voluntaria, firmados por la persona representante y representada.
- Declaración de mandato verbal. Firmada por la persona representante, se presentará cuando la persona solicitante no pueda firmar por sí misma (ni mediante la estampación de su huella dactilar). Esta declaración carecerá de efectos sin la ratificación posterior de la persona en cuya representación se declara actuar.