

Al personal de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, a sus cónyuges y descendientes directos, así como a los colegiales del Colegio Mayor Torres Quevedo, y siempre que existan plazas vacantes, se les realizará un descuento del 50% en el precio de la matrícula del primer curso y de un 10% en el del segundo y siguientes.

Los descuentos no son acumulables.

II. *Cursos de lengua y cultura españolas para extranjeros*

Cursos de julio, agosto y septiembre:

Curso 4 semanas: 500 €.

Curso 3 semanas: 380 €.

Curso 2 semanas: 290 €.

Cursos de octubre a diciembre, y de enero a junio:

Curso 4 semanas: 455 €.

Curso 3 semanas: 375 €.

Curso 2 semanas: 270 €.

Otros precios:

Examen del Diploma de Español: 40 €.

Certificados especiales y duplicados: 15 €.

Matrícula 1 semana, o semana adicional: 150 €.

Asignatura optativa/ complementarias: 35 €.

Los alumnos que se matriculen en los cursos de español para extranjeros por más de tres meses tendrán un descuento en la matrícula del 10,12 ó 15 por ciento, por cada periodo completo de tres meses.

III. *Cursos de enseñanza del español como lengua extranjera (ELE)*

Matrícula en cursos ELE:

Curso de 1 crédito: 126 €.

Curso de 3 créditos: 249 €.

Curso de 5 créditos: 382 €.

A los profesores de clases de lengua española de los Cursos de español para extranjeros, siempre que existan plazas vacantes, se les realizará un descuento del 50 por ciento en el precio de la matrícula del primer curso de ELE y un 10 por ciento en el del segundo y siguientes, y un 10 por ciento en la matrícula del Máster en ELE.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

14137

RESOLUCIÓN de 16 de julio de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, sobre el procedimiento a seguir para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El Real Decreto 1226/2005, de 13 de octubre, establece la estructura orgánica y funciones del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Entidad Gestora de la Seguridad Social, adscrita a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, y le atribuye entre sus funciones las competencias del Departamento que se derivan de la creación y puesta en funcionamiento del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la gestión de las citadas competencias del IMSERSO en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y de Melilla.

En virtud de lo expuesto, se dispone:

1. *Objeto de la resolución*

1.1 La presente Resolución tiene por objeto facilitar la aplicación en las Ciudades de Ceuta y de Melilla de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia y de sus normas de desarrollo que están constituidas por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de las situaciones de dependencia; el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado; el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el

que se regula la seguridad social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia; el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

1.2 A través de la presente resolución, se informa a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Ceuta y Melilla de los derechos y obligaciones que les asisten, así como el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema, de los órganos que intervienen en dicho procedimiento, de la elaboración y aprobación del plan individual de atención. Asimismo, se da publicidad a los modelos de solicitud de valoración, de informe de salud, de informe social y de trámite de consulta.

2. *Los Beneficiarios de las Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*

2.1 Tendrán derecho al reconocimiento de la situación de dependencia y a las prestaciones del Sistema, las personas de nacionalidad española que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 5 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y que tengan su domicilio en las Ciudades de Ceuta o Melilla.

2.2 Los beneficiarios estarán obligados:

2.2.1 A facilitar directamente, o a través de su representante, toda la información y datos que le sean requeridos y que resulten necesarios para proceder a la valoración del grado y nivel de dependencia, así como para reconocer o mantener el derecho a las prestaciones del Sistema, salvo que ésta obre en poder de las Administraciones Públicas, siempre que se haga constar la fecha y el órgano o dependencia en que fue presentada, y según la legislación vigente pudiera obtenerlos por sus propios medios.

2.2.2 A destinar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron reconocidas, así como a justificar su aplicación.

2.2.3 A comunicar los traslados de residencia, temporales superiores a treinta días o definitivos, tanto dentro de la misma localidad como a otra Ciudad o Comunidad Autónoma o al extranjero.

2.2.4 A comunicar cualquier variación de circunstancias que puedan afectar al derecho, al contenido o a la intensidad de las prestaciones que tuviera reconocidas, en el plazo de treinta días a contar desde que dicha variación se produzca.

Si el beneficiario incumpliera las obligaciones establecidas en los anteriores apartados, y como consecuencia de ello, se derivaran cuantías indebidamente percibidas de la prestación económica reconocida, o una participación insuficiente en el coste de los servicios, el beneficiario estará obligado a su reintegro o al abono de la diferencia que corresponda.

2.3 El beneficiario que traslade su domicilio fuera de las Ciudades de Ceuta ó de Melilla deberá atenerse a lo establecido en el artículo 3 del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio.

3. *El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema*

3.1 Iniciación del procedimiento.—El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema se iniciará a instancia del interesado o de quien ostente su representación, anexo V.

3.2 Lugar de presentación de las solicitudes.—Las solicitudes se presentarán en las Direcciones Territoriales del IMSERSO de Ceuta y de Melilla, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3.3 Modelos para la presentación de las solicitudes.—La solicitud se formulará en el modelo que figura como anexo I de la presente Resolución y se acompañará con el informe de salud de la persona, anexo II, emitido por el Sistema Nacional de Salud. Los interesados o quienes les representen no estarán obligados a aportar información, datos o documentación que obre en poder de las Direcciones Territoriales o que, de acuerdo con la legislación vigente, éstas puedan obtener por sus propios medios, para cuya obtención se les requerirá autorización expresa.

3.4 Subsanción de las solicitudes y de la documentación.—Si la solicitud de iniciación no reúne los requisitos exigidos, se requerirá al solicitante para que, en un plazo de diez días hábiles, subsane la falta, con indicación de que, si así no lo hiciera se le tendrá por desistido de su peti-

ción, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Transcurrido el plazo de subsanación sin que ésta se haya producido, la Dirección Territorial del IMSERSO dictará resolución en los términos previstos en el artículo 42 de la citada Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

3.5 Instrucción del procedimiento.—La Dirección Territorial correspondiente procederá a la instrucción del expediente, recabando de oficio mediante consulta a los distintos ficheros públicos disponibles cuantos datos, documentos o certificados sean precisos para la acreditación de los requisitos establecidos en el artículo 2 de esta norma al objeto de dictar la correspondiente resolución

No obstante, podrá requerir del interesado o de quien le represente la aportación de aquellos, datos, documentos o certificados acreditativos de los requisitos establecidos para las prestaciones del Sistema que no puedan ser obtenidos de oficio.

3.6 Determinación del grado y nivel de dependencia.—Al objeto de determinar el grado y nivel de dependencia de la persona interesada el órgano de valoración realizará los reconocimientos y/o pruebas correspondientes, mediante la aplicación del baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia o de la escala de valoración específica para los menores de tres años, aprobados por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

En lo que se refiere a las personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez o el complemento de la necesidad del concurso de otra persona, se estará a lo establecido en la disposición adicional primera del Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

La valoración se efectuará en el entorno habitual del interesado por los profesionales del órgano de valoración, que, de forma excepcional, podrán determinar que se efectúe en la sede de dicho órgano o en otras dependencias diferentes al mismo.

De conformidad con lo establecido en el artículo 92 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, cuando la valoración no fuera posible por causas imputables a la persona interesada, se entenderá producida la caducidad de la petición de reconocimiento de la situación de dependencia, emitiéndose por la Dirección Territorial competente la correspondiente resolución.

3.7 La valoración de la situación de dependencia: dictamen y órganos de valoración.—La valoración de la situación de dependencia en las Ciudades de Ceuta y de Melilla corresponde a los órganos de valoración de las Direcciones Territoriales del IMSERSO.

El órgano de valoración estará constituido, al menos por:

Profesionales del área sanitaria y/o social para la aplicación del baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD) o de la escala de valoración específica (EVE) de dependencia para menores de tres años en el entorno habitual de la persona a valorar.

Equipo técnico de valoración compuesto por médico/a, psicólogo/a y titulado/a medio del área sanitaria o social responsable del proceso de valoración a efectos de emisión del dictamen-propuesta de la situación de dependencia y de las funciones atribuidas en el artículo 8.2.a) del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.

Concluida la valoración de la situación de dependencia el órgano de valoración elevará a la Dirección Territorial dictamen-propuesta incluyendo el diagnóstico, la situación de dependencia con indicación del grado y nivel y los cuidados que la persona pueda requerir.

El dictamen del órgano de valoración establecerá, cuando proceda, en función de las circunstancias concurrentes, el plazo máximo en que deba efectuarse la primera revisión del grado y nivel de dependencia dictaminados.

Los órganos de valoración tendrán, entre otras, las siguientes funciones:

a) Aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia aprobado por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, de acuerdo con los criterios e instrucciones de los manuales de uso para valoradores.

b) Realización de la valoración teniendo en cuenta el informe de salud, así como el informe social de la persona a valorar, considerando, en su caso las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

c) Formulación del dictamen-propuesta sobre la situación de dependencia que concurre en la persona valorada a efectos de las prestaciones y servicios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

d) Acreditación del concurso de otras personas para la realización de las actividades más esenciales de la vida diaria referida en el anexo I.A. Capítulo 1: Normas generales del reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidades clase V: Discapacidad muy grave, del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.

e) Valoración de la situación de dependencia y la necesidad del concurso de otra persona para el reconocimiento de las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social y para el disfrute de cualquier beneficio, servicio o ayuda en los que sea necesaria la acreditación de esta

situación, según lo establecido en la disposición adicional segunda del Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

f) Emisión del informe social en orden a la elaboración del programa individual de atención (PIA).

g) Asistencia técnica y asesoramiento, si le es requerido, en los procedimientos contenciosos en que sea parte el órgano gestor, en materia de valoración de la situación de dependencia y de su grado y nivel.

h) Aquellas otras funciones que legal o reglamentariamente les sean atribuidas.

3.8 El reconocimiento de la situación de dependencia.—En desarrollo de lo establecido en la disposición adicional única del Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, corresponde a las Direcciones Territoriales del IMSERSO de Ceuta y de Melilla en que radique el domicilio del interesado el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El Director Territorial dictará la correspondiente resolución, que determinará el grado y nivel de dependencia de la persona solicitante, con indicación de la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia conforme al calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Asimismo, establecerá, cuando proceda, en función de las circunstancias concurrentes, el plazo máximo en que deba efectuarse la primera revisión del grado y nivel que se declare.

La resolución deberá dictarse en el plazo máximo de tres meses, que se computará a partir de la fecha de entrada de la solicitud en el registro de la Dirección Territorial del IMSERSO competente. La resolución deberá notificarse a la persona solicitante o a sus representantes legales en el plazo de diez días.

3.9 Efectividad del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.—La efectividad del derecho a las prestaciones del Sistema nacerá a partir del día siguiente a la fecha de la solicitud. Si el beneficiario no estuviera recibiendo el servicio que se le reconoce de entre los previstos en el catálogo en el momento de la solicitud, la fecha de efectos será aquella en la que se incorpore o comience a prestarse el servicio de manera efectiva.

Si el solicitante hubiese sido reconocido como dependiente en un grado y nivel, cuya efectividad se hubiera pospuesto, según el calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, el derecho a las prestaciones que, en su caso, se le reconozcan será efectivo a partir del día primero de enero del año en el que dicha Ley fija la efectividad para dicho grado y nivel.

3.10 Recursos contra la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.—La resolución de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema podrá ser recurrida en alzada ante la Directora General del IMSERSO.

3.11 Revisión de la situación de dependencia y de las prestaciones reconocidas.—El grado o nivel de dependencia será revisable por las causas establecidas en el art. 30 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El procedimiento se iniciará de oficio por la Dirección Territorial o a instancia de la persona interesada o de su representante.

No obstante, la primera revisión del grado y nivel de dependencia no podrá instarse por el interesado hasta que hayan transcurrido dos años desde la fecha en que se haya valorado la situación de dependencia. Las posteriores revisiones podrán instarse después de transcurrido un año. Estos plazos no serán de aplicación cuando se acredite suficientemente la variación de la situación por agravamiento o mejoría de los factores personales o del entorno.

A la solicitud de revisión se acompañarán cuantos informes o documentos puedan tener incidencia en la misma.

Las prestaciones reconocidas podrán ser revisadas, modificadas o extinguidas en los siguientes casos:

a) Modificación del grado o nivel de dependencia o de la situación personal del beneficiario.

b) Variación de los requisitos o condiciones establecidos para su reconocimiento.

c) Disponibilidad del servicio o centro de la red del Sistema, cuando la prestación reconocida fuera la económica vinculada al servicio.

d) Incumplimiento de las obligaciones del beneficiario establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y reguladas en el artículo 37 de la presente Resolución.

La modificación de las prestaciones reconocidas o su extinción se aprobará, previa actualización, si procede, del programa individual de atención, mediante resolución de la Dirección Territorial, que podrá comprobar en todo momento las circunstancias que acrediten el derecho a las prestaciones reconocidas y a su conservación.

3.12 Extinción y suspensión del derecho a la prestación.

1. El derecho a las prestaciones del Sistema se extinguirá cuando en el beneficiario concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Pérdida de la condición de residente o traslado de su residencia fuera del territorio español por tiempo superior al establecido en el artículo 36 de la presente Resolución.
- Mejoría de la situación de dependencia que determine que el beneficiario no se encuentre en tal situación.
- Incumplimiento de alguna de las condiciones o requisitos específicos exigidos para determinar el derecho a cada una de las prestaciones.
- Percepción de prestación o ayuda incompatible.
- Fallecimiento del beneficiario.

2. Igualmente, será causa de extinción, la sustitución de la prestación reconocida por otra prestación, como consecuencia de la modificación del grado y nivel de dependencia reconocido o de la revisión del programa individual de atención.

3. El titular de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales no perderá el derecho a dicha prestación debido a su estancia temporal en un servicio de atención residencial, motivada por un período de enfermedad, descanso o formación del cuidador no profesional, siempre que dicho período no sea superior a cuarenta y cinco días al año o causas suficientemente justificadas motiven un plazo mayor.

4. En el caso de que se produzcan prestaciones devengadas y no percibidas se abonarán a instancia de parte legítima. El abono procederá hasta el último día del mes del fallecimiento.

3.13 Efectividad de las revisiones y extinciones.—Si la revisión diera lugar a la modificación del contenido o intensidad de la prestación reconocida o a la extinción, la efectividad de dicha modificación, como norma general, se fijará en el día siguiente a la fecha de la resolución en que se declare.

Si la modificación afecta a la cuantía de una prestación económica o a su extinción, sus efectos se producirán a partir del día primero del mes siguiente al que se haya producido la variación de circunstancias que han dado lugar a la modificación o extinción.

4. El programa individual de atención

4.1 La elaboración del programa individual de atención.—A la vista del dictamen del órgano de valoración y del informe social (anexo III) en el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y de las prestaciones del Sistema, la Dirección Territorial elaborará para cada solicitante, cuando proceda, el programa individual de atención regulado en el artículo 29 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

Dicho programa propondrá, de entre los servicios y prestaciones económicas previstos para su grado y nivel, las modalidades de intervención que se adecuen más a las necesidades personales del solicitante, siempre que, se cumplan las condiciones específicas establecidas para las prestaciones. Asimismo, se tendrán en cuenta los cuidados determinados en el dictamen-propuesta de la valoración de la situación de dependencia.

Cuando el derecho de acceso a los servicios y prestaciones correspondientes, conforme al calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, deba producirse en un año posterior al de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, la Dirección Territorial elaborará el programa individual de atención en los tres meses anteriores a la fecha de efectividad prevista en la Ley.

4.2 La consulta al beneficiario o su familia.—El beneficiario y, si procede, su familia o entidad titular que le represente, participará mediante consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas en función de las disponibilidades de la red de servicios del IMSERSO (anexo IV).

4.3 El contenido del programa individual de atención.—El programa individual de atención tendrá el siguiente contenido:

- Datos personales y circunstancias sociales de la persona en situación de dependencia.
- Servicio o servicios propuestos con indicación de las condiciones individuales para su prestación (centro, servicio, intensidad, períodos, etc.).

- En caso de no ser posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, se incluirá propuesta de prestación económica vinculada al servicio.

- Excepcionalmente, cuando la persona beneficiaria esté siendo atendida en su entorno familiar, se incluirá propuesta de prestación económica para cuidados familiares y de acuerdo con el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la seguridad social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

4.4 Resolución correspondiente del programa individual de atención.

Recibida la propuesta del programa individual de atención con su correspondiente expediente administrativo, el Director Territorial emitirá resolución, que contendrá.

- Los servicios que se reconocen de acuerdo con su grado y nivel y que figuran determinados en el programa individual de atención, teniendo en cuenta las disponibilidades existentes en la red de servicios y centros del IMSERSO y la fecha de efectividad de los mismos.

- En su caso, las prestaciones económicas indicando la fecha de efectividad de las mismas y con indicación, en su caso, de las cuantías correspondientes.

- En los supuestos en que la efectividad del derecho a las prestaciones deba producirse en año posterior al de la solicitud, conforme al calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, la resolución reflejará esta circunstancia con indicación del año de efectividad del derecho a las prestaciones del Sistema e indicará el plazo en que procederá iniciar de oficio la elaboración del programa individual de atención.

- Las causas que motiven la denegación del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema.

2. La resolución referida en el apartado anterior deberá dictarse en el plazo máximo de un mes, que se computará a partir de la fecha de recepción de la solicitud de resolución de reconocimiento de la situación de dependencia. La resolución deberá notificarse a la persona solicitante o a sus representantes legales en el plazo de diez días.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior sin que haya recaído resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, sin perjuicio de la obligación de la Administración de resolver expresamente.

3. Las resoluciones denegatorias por no encontrarse en situación de dependencia al no alcanzar el interesado ninguno de los grados establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, deberán indicar la limitación temporal para formular nueva solicitud en los términos establecidos en el apartado 3.11 de la presente resolución.

4.5 Recurso relativo al programa individual de atención.—La resolución sobre los servicios y prestaciones correspondientes al programa individual de atención podrá ser recurrida en alzada ante el Directora General del IMSERSO.

4.6 Revisión del programa individual de atención.—El programa individual de atención será revisado:

- A instancia del interesado o de sus representantes legales.
- De oficio, por las Direcciones Territoriales del IMSERSO.
- Con motivo del cambio de residencia.

5. Otras informaciones

5.1 Sistema de información.—Las Direcciones Territoriales de Ceuta y de Melilla incorporarán al Sistema de Información constituido por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del IMSERSO, los datos relativos a su ámbito competencial a que se refiere el artículo 37 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

5.2 Participación en el coste de los servicios.—Para determinar la participación en el coste de los servicios se continuará aplicando la normativa vigente para los centros y servicios del IMSERSO, según el Acuerdo del Consejo de Ministros, sobre el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Madrid, 16 de julio de 2007.—La Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Natividad Enjuto García.

ANEXO I



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 (BOE nº 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 | 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 | | | |
| ¿ TIENE SEGURIDAD SOCIAL ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario | | | Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL | | | |

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 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? | | |
| Si la respuesta es afirmativa indique: | | |
| Períodos | Localidad | Provincia/Comunidad |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

II DATOS DE CONVIVENCIA

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

| NOMBRE | APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | FECHA NACIMIENTO | RELACIÓN CON SOLICITANTE |
|--------|-----------|---|---------------------|-----------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

III CAPACIDAD ECONÓMICA**1. Datos sobre la renta**

1.1 Se deberá adjuntar la última declaración de la renta

1.2 Si no estuviese legalmente obligado a realizar dicha declaración presentará documentos acreditativos de las rentas percibidas durante el año por el trabajo, prestaciones sociales, rentas derivadas de actividades económicas, rentas del capital, ganancias y plusvalías.

2. Datos sobre el patrimonio

2.1 ¿ Realiza usted Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio ?

 Sí No

2.2 ¿ 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 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 3.4 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. ¿Está siendo atendido en su domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como Organismo o entidad prestataria: | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia _____ | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio _____ | | | | | | | | |
| ¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos: | | | | | | | | |
| DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL | | | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | IDENTIFICACIÓN | | | NACIONALIDAD | | Relación (indique parentesco o relación) | |
| | | <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 | | ¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha) | | | | |
| 2. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día o Centro de Noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos: | | | | | | | | |
| Denominación del Centro | | | | | | | | |
| Nombre del organismo o entidad | | | | | | | | |
| Dirección del Centro | | | | | | | | |
| Localidad | | | | | | | | |
| 3. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro residencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente | | | | | | | | |
| Denominación del Centro | | | | | | | | |
| Nombre del organismo o entidad | | | | | | | | |
| Dirección del Centro | | | | | | | | |
| Localidad | | | | | | | | |
| 4. ¿Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| 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 | | |
| | | | | | | Nº: | | |
| DOMICILIO (Calle / Plaza) | | | Nº | 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 Territorial del IMSERSO, cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En, a de de 200...

Fdo.:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema; todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia)

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 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. En este apartado deberá adjuntar la última declaración de la renta y patrimonio.

2. Si no estuviese legalmente obligado a realizar dicha declaración presentará documentos acreditativos de las rentas percibidas durante el año por el trabajo, prestaciones sociales, rentas derivadas de actividades económicas, rentas del capital, ganancias y plusvalías.

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.
- Declaración de la Renta.

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 (BOE 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 CIE 10 |
|-------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.-En el caso de niños entre 0 y 6 meses, indique el peso al nacimiento en gramos: _____

3.-Indique los tratamientos actuales que tiene prescritos:

| | |
|---------------------|--|
| Farmacológico | |
| Psicoterapéutico | |
| Rehabilitador | |
| Higiénico-dietético | |
| Otros | |

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 dependiente del Organismo:

| | |
|---------------------------|---------------|
| Sello o etiqueta adhesiva | Fecha y Firma |
| | |

ANEXO III


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 (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

INFORME SOCIAL

Informe emitido por Trabajador/a Social _____

Identificación Centro o Servicio _____

Persona/s entrevistada/s: Nombre y apellidos _____

Fecha y lugar de la entrevista _____

| DATOS IDENTIFICATIVOS | | |
|--|--|------------------|
| NOMBRE | APELLIDOS | EDAD |
| DNI/NIE | DOMICILIO | |
| LOCALIDAD _____ | PROVINCIA _____ | CP _____ |
| TELEFONO _____ | CORREO ELECTRONICO _____ | |
| COBERTURA SANITARIA | | |
| SEG. SOCIAL <input type="checkbox"/> | OTRO SISTEMA DE ATENCION SANITARIA _____ | |
| TARJETA SANITARIA Nº _____ | CENTRO DE SALUD _____ | |
| DOMICILIO HABITUAL | | |
| VIVE EN CENTRO RESIDENCIA SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| NOMBRE DEL CENTRO _____ | DIRECCION _____ | |
| LOCALIDAD _____ | PROVINCIA _____ | CP _____ |
| TELEFONO _____ | CORREO ELECTRONICO _____ | |
| CAPACIDAD LEGAL: | | |
| INCAPACITADO LEGALMENTE SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| PRESUNTO INCAPAZ CON GUARDADOR DE HECHO SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| MENOR DE EDAD SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| Si la respuesta ha sido SI en cualquiera de los tres apartados: | | |
| REPRESENTANTE, NOMBRE Y APELLIDOS/RAZON SOCIAL _____ | | |
| DNI/NIE/NIF _____ | TELEFONO _____ | EMAIL _____ |
| DOMICILIO _____ | LOCALIDAD _____ | PROVINCIA _____ |
| NIVEL DE OCUPACION | | |
| TRABAJA: SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | PROFESION: _____ |
| LUGAR DE TRABAJO _____ | HORARIO: _____ | |
| ACUDE A GUARDERIA O CENTRO ESCOLAR SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | HORARIO: _____ |
| NECESITA APOYO PARA DESPLAZARSE AL MISMO SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |

| OTRAS INFORMACIONES DE INTERES | | | |
|---|--------------------------|---------------|--------------------|
| ANTECEDENTES | | | |
| 1. HISTORIA SOCIAL SI <input type="checkbox"/> CENTRO DE SS. SOCIALES _____ | | | |
| NO <input type="checkbox"/> | | | |
| INFORMES SOCIALES ANTERIORES SI <input type="checkbox"/> PROCEDENCIA ¹ _____ | | | |
| ORGANIZACIÓN _____ | | | |
| PROFESIONAL _____ | | | |
| NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. VALORACION DE DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> PROVINCIA _____ AÑO _____ | | | |
| GRADO _____ % VALIDEZ _____ | | | |
| RECONOCIDA NECESIDAD DE 3ª PERSONA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| RECONOCIDO SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y GASTOS DE TRANSPORTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 3. PRESTACIONES SOCIALES QUE RECIBE: | | | |
| CENTRO RESIDENCIAL | | | |
| TIPO DE PLAZA ² | TITULARIDAD ³ | COSTE MENSUAL | APORTACION USUARIO |
| | | | |
| APOYO EN CENTRO ESPECIALIZADO | | | |
| TIPO DE CENTRO Y PLAZA | TITULARIDAD | COSTE MENSUAL | APORTACION USUARIO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| APOYO EN DOMICILIO | | | |
| PRESTACION | INTENSIDAD | COSTE MENSUAL | APORTACION USUARIO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¹ Entidad Publica o Privada

² Asistida, psicogerítrica, discapacidad física, intelectual, enfermedad mental

³ Privada, Publica o concertada

| OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS | | | | |
|------------------------------------|-------------|------------|---------------|--------------------|
| PRESTACION | TITULARIDAD | INTENSIDAD | COSTE MENSUAL | APORTACION USUARIO |
| | | | | |
| | | | | |

1. CONVIVENCIA
 EL SOLICITANTE VIVE EN SU DOMICILIO SI NO ⁴
 LA PERSONA ROTA POR VARIOS DOMICILIOS SI NO

| NOMBRE | EDAD | RELACION | CUIDADOS QUE PRESTA | INTENSIDAD |
|--------|------|----------|---------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS APOYOS:

- RECIBE APOYO FAMILIAR DIARIO SI NO
- RECIBE APOYO VECINAL DIARIO SI NO
- RECIBE APOYO ESPORADICO SI NO

3 OTROS APOYOS SOCIALES Y SANITARIOS.

| TIPO DE APOYO | TITULARIDAD | FRECUENCIA |
|---------------|-------------|------------|
| | | |
| | | |

4. IDENTIFICACION DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

| NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | RELACION | CUIDADOS QUE PRESTA | INTENSIDAD |
|--------------------|------|----------|---------------------|------------|
| | | | | |

⁴ Relacionar sólo aquellas personas que conviven con el solicitante en el mismo domicilio.

4.1 EL CUIDADOR PRINCIPAL TRABAJA FUERA DEL HOGAR: SI NO

4.2. OTRAS OCUPACIONES

CUIDADOS DE OTRAS PERSONAS SI NO

OTRAS RESPONSABILIDADES : _____

5. FRAGILIDAD DEL APOYO FAMILIAR:

- CUIDADOR PREDEPENDIENTE SI NO
- DEPENDENCIA ACUSADA SI NO
- DIFICULTAD DE LA COMPRESION DEL PROCESO DE ENFERMAD / DEPENDENCIA SI NO
- ESCASEZ DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS SI NO
- ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD CON NECESIDAD DE APOYOS EN LA FIGURA DEL CUIDADOR SI NO
- SIGNOS DE AGOTAMIENTO FISICO O EMOCIONAL SI NO
- DIFICULTADES DE CONEXIÓN SOCIAL / AISLAMIENTO SI NO
- AUSENCIA DE COMPROMISO ESTABLE SI NO

6. CONSISTENCIA DEL APOYO FAMILIAR:

- CUIDADOR CON BUEN ESTADO DE SALUD SI NO
- DISPONIBILIDAD DE TIEMPO EXPRESADO EN HORAS _____
- CONOCIMIENTOS PARA LA PRESTACION DE CUIDADOS SI NO
- DISPONIBILIDAD DE APOYOS FORMALES O INFORMALES SI NO
- PERIODOS DE DESCANSO SI NO

RELACIONADOS CON APOYOS

- TELEASISTENCIA _____ SAD _____ €
- PERSONAL DE APOYO CONTRATADO _____ €
- ASISTENTE PERSONAL _____ €
- CENTRO DE DIA _____ € CENTRO DE NOCHE _____ €

DATOS DE LA VIVIENDA

TIPODE VIVIENDA:

- UNIFAMILIAR DE PLANTA BAJA UNIFAMILIAR CON MAS DE UNA PLANTA
- PISO CON ASCENSOR PISO SIN ASCENSOR

DESCRIPCION Y DISTRIBUCION:

| | | |
|---|--|--|
| UTILIZA AYUDAS TECNICAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA PERMITE EL USO DE AYUDAS TECNICAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| BARRERAS ARQUITECTONICAS EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA <input type="checkbox"/> SI ⁵ <input type="checkbox"/> NO | | |
| DESCRIPCION: | | |
| | | |
| BARRERAS ARQUITECTONICAS EN LOS ACCESOS A LA VIVIENDA <input type="checkbox"/> SI ⁵ <input type="checkbox"/> NO | | |
| DESCRIPCION: | | |
| | | |
| UTILIZA AYUDAS TECNICAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| LAS CONDICIONES DE LOS ACCESOS PERMITEN EL USO DE AYUDAS TECNICAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| OTROS DATOS DE INTERES CON RELACION A LA VIVIENDA⁶ | | |
| | | |

⁵ Describir y situar las barreras existentes

⁶ Condiciones de habitabilidad y cualquier otro dato de interés.

CENTRO RESIDENCIAL⁷**1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA SITUACION**PERMANECE CONFINADO EN CAMA SI NOUTILIZAS LAS INSTACIONES DEL CENTRO SI NOPARTICIPA EN ACTIVIDADES EN EL CENTRO SI NO**2. PROGRAMAS DISPONIBLES EN EL CENTRO COMO APOYO AL MANTENIMIENTO DE CAPACIDAD Y AUTONOMIA** SI NO

- RELACIONAR EN LOS QUE ESTA INCLUIDO Y DESCRIPCION:

3. PLANIFICACION INDIVIDUAL SI NO

| AREA | ACTIVIDAD | FRECUENCIA |
|------|-----------|------------|
| | | |
| | | |

4. BARRERAS ARQUITECTONICAS EN EL INTERIOR SI⁵ NO

DESCRIPCION:

5.-BARRERAS ARQUITECTONICAS EN LOS ACCESOS AL CENTRO RESIDENCIAL SI⁵ NO

DESCRIPCION :

EL RESIDENTE UTILIZA AYUDAS TECNICAS SI NO

LAS CONDICIONES DEL CENTRO RESIDENCIAL PERMITE EL USO DE AYUDAS TECNICAS

 SI NO

⁷ Cumplimentar solo en el caso de personas que estén en Centro Residencial.

APOYOS FORMALES QUE RECIBE EN SU ENTORNO : SI NO

SI NO RECIBE APOYOS FORMALES, MOTIVO: _____

TELEASISTENCIA SAD COMIDA SOBRE RUEDAS CENTRO DE DIA

CENTRO DE NOCHE CENTRO RESIDENCIAL

OTROS APOYOS (especificar) _____

VALORACION DE LOS APOYOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE:

SUFICIENTES (CORRESPONDE CON LA SITUACION DE DEPENDENCIA)

INSUFICIENTES (NO SATISFACEN LAS NECESIDADES EN RELACION CON SU DEPENDENCIA)

VALORACION DE LOS APOYOS DE LOS FAMILIARES:

SUFICIENTES (CORRESPONDE CON LA SITUACION DE DEPENDENCIA)

INSUFICIENTES (NO SATISFACEN LAS NECESIDADES EN RELACION CON SU DEPENDENCIA)

OTROS DATOS DE INTERES⁸

VALORACION TECNICA Y PROPUESTA DE INTERVENCION

FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL

⁸ Cualquier dato relevante y que no se ajuste a ninguno de los apartados del informe.

ANEXO IV



TRÁMITE DE CONSULTA prevista en el artículo 29 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia

D/Dña _____ con NIF/NIE _____,
domicilio en C/ _____ C.P. _____ y
localidad _____.

O en su caso:

D/Dña _____ con
NIF/NIE _____, domicilio en C/ _____
C.P. _____ localidad _____ como representante de
D/Dña _____ con NIF/NIE _____.

Comparece en _____ al objeto de ser informado/a de:

- Que con fecha _____ la Dirección Territorial del IMERSO de _____ aprobó resolución de reconocimiento a la persona interesada de su situación de dependencia en grado _____, nivel _____.
- Que en dicha resolución se especifican las prestaciones que la persona pueda recibir según su grado y nivel de dependencia.
- Que en virtud del artículo 29 de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se ha tenido en cuenta su participación con el objeto de fijar la modalidad de intervención más adecuada.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, se firma por ambas partes

En _____ a _____ de _____ de 200

Fdo: _____

ANEXO V



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 (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

DECLARACIÓN GUARDADOR DE HECHO

D./D.^a mayor de edad, con domicilio en
 Calle/Avda/Plaza
 núm.....provincia de D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.
 a los efectos de poder representar ante la Dirección Territorial del IMSERSO de.....
 en el expediente de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a favor de D./D.^a
 hijo/a de y de , con domicilio en.....
 Calle/Avda/Plaza núm. provincia de
 y D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.

DECLARA bajo su responsabilidad:

1º) Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan:

2º) Que la persona tiene los siguientes familiares:

| Nombre y Apellidos | Edad | Parentesco | Dirección |
|--------------------|-------|------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3º) Que se compromete, supuesto que prospere la solicitud que tiene formulada a favor del interesado a destinar las prestaciones que le pudieran reconocer a éste a la atención y cuidado del mismo.

4º) Que pondrá en conocimiento de la Dirección Territorial del IMSERSO de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia de la persona, pueda acaecer en el futuro.

En a de de 200

Fdo.: