

Solicitud de acceso a los servicios sociales y de valoración de la situación de dependencia

Para personas con más de seis años
y para menores entre tres y seis años que estén escolarizados

I. Datos de la persona interesada

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____ Nombre: _____

DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____ Varón _____ Mujer _____ Nacionalidad: _____

Estado civil: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

¿Está ingresado en un centro residencial? Sí _____ No _____ Nombre del centro: _____

Indique las características de su estancia: permanente temporal por convalecencia
temporal por otros motivos (especificar) _____

Domicilio en el que reside actualmente: Calle/Plaza: _____ Nº: _____ Piso: _____

Puerta: _____ Localidad: _____ Municipio: _____

Código postal: _____ Provincia: _____

II. Datos de la persona que le representa

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____ Nombre: _____

DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Tipo de representación (debe aportar el documento que acredite la representación):

Padre/madre o tutor de menor de 18 años Tutela o curatela representativa Guardador de hecho

Representación voluntaria ¿Registrada en el Registro Electrónico de Apoderamientos? Sí No

III. Notificaciones

Señalo como medio preferente de notificación:

- En papel, en el domicilio reseñado anteriormente.
- En papel, en el domicilio señalado a continuación:

Calle/Plaza: _____ Nº: _____ Piso: _____ Puerta: _____ Localidad: _____
Código postal: _____ Provincia: _____

- Por medio de la notificación electrónica:

Para acceder a la notificación electrónica, es preciso certificado digital de la persona solicitante o del representante acreditado.

Por correo electrónico dirigido al representante (o al solicitante si no hay representante) se enviará un aviso de la puesta a disposición de la notificación en la sede electrónica. El aviso no tendrá los efectos de una notificación.

La comparecencia de solicitante o representante en la sede electrónica y el posterior acceso al contenido de la notificación o el rechazo expreso de esta tendrá plenos efectos jurídicos. La notificación electrónica se entenderá rechazada cuando hayan transcurrido diez días naturales desde la puesta a disposición de la notificación sin que se acceda a su contenido. En caso de rechazo, se dará por efectuado el trámite y seguirá el procedimiento. Si se hubiera notificado por distintos cauces, se tomará como fecha de notificación la que se produzca en primer lugar.

IV. Empadronamiento

No es necesario cumplimentarlo si ya tiene reconocida la situación de dependencia

¿Ha residido legalmente en España durante cinco años? _____ Sí _____ No _____

¿De estos cinco años, dos han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? _____ Sí _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa indique las localidades en las que ha estado empadronado/a en dichos períodos

| Períodos | Municipio | Provincia |
|----------|-----------|-----------|
| | | |
| | | |

Las personas extranjeras, de países no pertenecientes a la Unión Europea, deben aportar certificado emitido por la oficina de extranjería, que acredite los períodos de residencia legal en España.

Si alguna de las respuestas anteriores ha sido negativa indique: ¿Es emigrante retornado? _____ Sí _____ No _____

En caso afirmativo debe presentar la acreditación de la situación de emigrante retornado.

V. Antecedentes

¿Ha solicitado previamente valoración de dependencia en esta o en otra Comunidad Autónoma? No Sí

>Indique en qué Comunidad Autónoma _____ Provincia _____

¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? No Sí Grado I Grado II Grado III

¿Tiene reconocida alguna prestación de dependencia? No Sí Indique cuál _____

¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad? No Sí Provincia de reconocimiento: _____

> Tipo de discapacidad: (*este dato es de cumplimentación voluntaria*) _____

¿Tiene diagnosticada Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)? No Sí

Si tiene diagnosticada otra enfermedad rara, catalogada como tal, indique su denominación _____

(ver hoja de instrucciones)

¿Es perceptor de pensión contributiva de gran invalidez? _____ No Sí

VI. Objeto de la solicitud

Puede seleccionar la opción A), la opción B), o las dos.

A) Valoración o revisión de la situación de dependencia

Valoración inicial (*para personas que no tienen reconocido ningún grado de dependencia*).

Revisión por empeoramiento (*para personas que tienen reconocido algún grado de dependencia*).

Revisión por mejoría (*para personas que tienen reconocido algún grado de dependencia y han mejorado*).

B) Prestaciones (servicios y prestaciones económicas)

No tengo reconocidas prestaciones.

Tengo reconocidas prestaciones en Castilla y León y deseo modificarlas por otras.

Tengo reconocida la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y solicito un cambio de cuidador.

Procedo de otra Comunidad Autónoma, con grado reconocido, y solicito que se me reconozcan prestaciones en Castilla y León, por traslado de domicilio.

Solicito el acceso a un servicio público. (Ver hoja de instrucciones).

VII. Prestaciones que solicita

Solicito el reconocimiento de:

| 1. Servicios | Recibe el servicio público y desea continuar recibiéndolo | No recibe el servicio público y desea recibirlo (1) | Desea recibir la prestación vinculada al servicio. Si ya recibe el servicio, indique desde qué fecha lo recibe |
|--|---|---|---|
| Servicio de Promoción de la autonomía personal (ver hoja de instrucciones) | | | <input type="checkbox"/> ____/____/_____ |
| Teleasistencia | | | |
| Ayuda a domicilio | | | <input type="checkbox"/> ____/____/_____ |
| Centro de día | | | <input type="checkbox"/> ____/____/_____ |
| Centro residencial permanente | | | <input type="checkbox"/> ____/____/_____ |
| Servicio de asistencia personal | | | <input type="checkbox"/> ____/____/_____ |

(1) Si marca esta opción debe adjuntar el Anexo correspondiente (A, B, C o D). Si presenta el Anexo C o el Anexo D, hasta que acceda al servicio público, puede solicitar la prestación vinculada u otra prestación económica.

2. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar (Debe adjuntar el Anexo E)

2.1 Solicito también la prestación económica vinculada compatible con la prestación de cuidados en el entorno familiar. (Ver apartado VII de la hoja de instrucciones). Si ya recibe un servicio, indique desde qué fecha lo recibe.: ____/____/_____. Solo puede acceder a esta prestación si no recibe un servicio público de ayuda a domicilio, promoción de la autonomía personal o centro de día. Si es menor de 18 años, debe adjuntar el Anexo F.

VIII. Datos de la unidad familiar

Cónyuge Pareja de hecho (1) DNI/NIE: _____
 Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
 Nombre: _____ Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Régimen económico del matrimonio: Régimen de gananciales Régimen de separación de bienes (1)

(1) En este caso, deberá presentar documento acreditativo.

La información anterior debe cumplimentarla siempre que esté casado/a o tenga pareja de hecho registrada, aunque no convivan en el mismo domicilio. Y también en el caso de que el cónyuge o pareja de hecho haya fallecido en los dos años anteriores a esta solicitud. En tal caso, indique la fecha del fallecimiento: _____

HIJOS MENORES DE 27 AÑOS CON INGRESOS ANUALES INFERIORES A 8.000 EUROS. (Se incluirán también los menores que se encuentren en situación de acogimiento declarado por resolución judicial o administrativa).

1. Apellidos y Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____
2. Apellidos y Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____
3. Apellidos y Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____

IX. Capacidad económica

1. Pensiones que percibe el interesado: _____

El cónyuge/pareja de hecho: _____

Si percibe alguna/s de las pensiones o prestaciones que se relacionan en la tabla siguiente, debe indicar la entidad pagadora y la cuantía recibida.

| Tipo de pensión o prestación | Entidad pagadora (1) | Interesado | | | Cónyuge/pareja de hecho | | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|-----------------|--------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------|--------------|----------------|
| | | C u a n t í a a n u a l | Año en curso(2) | Año anterior | Dos años antes | Entidad pagadora (1) | C u a n t í a a n u a l | Año en curso(2) | Año anterior | Dos años antes |
| Pensión no contributiva (3) | | | | | | | | | | |
| Gran Invalidez (3) | | | | | | | | | | |
| Incapacidad permanente a b s o l u t a | | | | | | | | | | |
| O r f a n a d a | | | | | | | | | | |
| Prestación por hijo a cargo (3) | | | | | | | | | | |
| Otras prestaciones sociales exentas de IRPF (4) | | | | | | | | | | |
| Otros ingresos (pensiones del extranjero, compensatorias, etc.) (5) | | | | | | | | | | |

(1) INSS, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, Clases Pasivas, etc.

(2) Si no conoce la cuantía anual, multiplique la cuantía mensual de este año por el número de pagas.

(3) Si con posterioridad a esta solicitud comienza a percibir alguna de estas prestaciones o varía su importe, deberá comunicarlo.

(4) Señale el tipo de prestación: _____

(5) Señale el tipo de ingreso y aporte la documentación acreditativa (ver instrucciones): _____

2. Disposiciones patrimoniales (ver instrucciones)

Donaciones, ventas y otras disposiciones patrimoniales a favor de su cónyuge, persona de análoga relación de afectividad al cónyuge o parientes hasta el cuarto grado inclusive. De cada concepto recogido en este apartado, deberá indicar en declaración responsable: identificación del bien, derecho, renta o deuda; importe; destinatario (nombre, apellidos, DNI y relación de parentesco) y fecha en la que se realizó.

A efectos de lo establecido en la Ley 41/2007 (disposición adicional quinta) comunico que en los cuatro años anteriores he realizado las disposiciones patrimoniales que indico en la declaración responsable que adjunto a esta solicitud.

3. Vivienda habitual

Referencia catastral (solo si es propietario)

La vivienda habitual no se computará en el supuesto de que resida en su domicilio. Tampoco se computa si recibe un servicio de atención residencial y tiene personas a su cargo que continúan residiendo en dicha vivienda.

Dirección completa y teléfono de contacto _____

Personas a su cargo que viven en dicha vivienda (nombre, apellidos y parentesco) _____

X. Datos bancarios para el ingreso de prestaciones económicas

Indique los datos del titular de la cuenta bancaria, que debe ser la persona en situación de dependencia. Si es menor de edad, la cuenta podrá ser de los padres que tengan la patria potestad, excepto en el caso de separación o divorcio con custodia compartida, que deberá ser del menor.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | Apellido 1 | Apellido 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha y firma de la solicitud

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que conozco mi obligación de comunicar a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de mi provincia o al Centro de Acción Social correspondiente a mi domicilio, cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, cuidador, ingreso en centros hospitalarios o asistenciales, servicios públicos recibidos, pensiones, disposiciones patrimoniales. ME COMPROMETO a facilitar el seguimiento y control de las prestaciones, incluido el acceso a mi domicilio de los profesionales competentes.

En caso de obtener el reconocimiento de una prestación económica vinculada a la adquisición de servicios, para recibir el primer pago, la persona interesada deberá aportar la documentación justificativa (facturas) o autorizar al prestador del servicio para que las facilite a la Gerencia de Servicios Sociales. Los pagos sucesivos y las reanudaciones en el mismo o distinto servicio se realizarán de oficio cuando la Gerencia disponga de la información suficiente a través del *Sistema de información electrónica de proveedores de servicios sociales en el ámbito de la atención a las personas mayores y personas con discapacidad en Castilla y León* (REPRISS). El interesado podrá, en cualquier momento, suprimir expresamente la autorización otorgada.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en las letras c) y d) del artículo 6.1 y 9.2 h) del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que la presentación de esta solicitud posibilita el tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en el impreso y obtenidos en la tramitación del procedimiento. En consecuencia, su solicitud habilita para que la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León obtenga directamente, de forma telemática o a través de otros medios, los datos necesarios para prestar, en ejercicio de las competencias de este organismo, la atención social demandada, y entre otros los siguientes: datos de identidad, de salud, de residencia, datos facilitados por el Registro Civil y datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro y otros organismos públicos.

Asimismo, se informa que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión ante el Delegado de Protección de Datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, así como otros derechos recogidos en la información básica y adicional sobre protección de datos personales de este procedimiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Declaro que he sido informado/a y muestro mi conformidad con el tratamiento de los datos necesarios para obtener la atención solicitada.

*En caso de que NO muestre su conformidad, debe marcar esta casilla: y aportar al procedimiento toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de esta solicitud.

*En caso de que NO muestre su conformidad, debe marcar esta casilla: y aportar la documentación justificativa sobre sus datos que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud.

Firma del interesado

(En el caso de menor de edad, o mayor con representante designado judicialmente, mediante notario o apud acta, debe firmar aquí el progenitor, tutor, curador o representante acreditado)

Firma del cónyuge o pareja de hecho

(En caso de imposibilidad física de firma por parte de la persona interesada o de su cónyuge, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma, nombre, apellidos y DNI de los testigos)

Si la solicitud la firma persona distinta del interesado, se le informa que con su presentación este órgano podrá consultar telemáticamente sus datos de identidad.

Sección de Prestaciones de dependencia de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

| | |
|--|---|
| RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO | Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León |
| FINALIDAD DEL TRATAMIENTO | Tramitación, gestión y seguimiento de las solicitudes de acceso a los servicios sociales y valoración de la situación de dependencia. Asimismo los datos podrán ser utilizados para fines estadísticos. |
| LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO | <p>Cumplimiento de una obligación legal, artículo 6.1.c) del Reglamento General de Protección Datos</p> <p>Cumplimiento de una misión publica en ejercicio de poderes públicos artículo 6.1 e) del Reglamento General de Protección Datos</p> <p>Tratamiento de datos necesarios para la prestación, asistencia y gestión de servicios sociales del artículo 9.2 h) del Reglamento General de Protección Datos.</p> <p>Artículos 84 y 85 de la Ley 16/2010, 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.</p> <p>Artículos 3 l) y 11.1 c) de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.</p> <p>Artículo 95.1.d) Ley 58/2003, 17 de diciembre, General Tributaria</p> |
| DESTINATARIOS DE LAS CESIONES | <ul style="list-style-type: none"> – Entidades que integran el sistema de servicios sociales de responsabilidad pública de Castilla y León. – Otros órganos de la Administración Autonómica de Castilla y León y del sector público de Castilla y León. – Administración General del Estado y el sector público institucional dependiente de aquella, Administraciones autonómicas y locales y su sector público institucional respectivo. – Entidades privadas proveedoras de servicios sociales y entidades colaboradoras con el sistema de servicios sociales de responsabilidad pública. |
| DESTINATARIOS DE LAS TRANSFERENCIAS | No están previstas transferencias de datos |
| DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS | Derecho de acceso, rectificación, portabilidad, oposición, supresión y limitación de los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional |
| PROCEDENCIA DE LOS DATOS | Aportados por los interesados, sus representantes y por organismos públicos |
| INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS | https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/ https://gobierno.jcyl.es/web/es/consejerias/proteccion-datos-caracter-personal.html |

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o para sugerencias de mejora de este formulario, puede dirigirse al Servicio de Atención al Ciudadano 012 de la Junta de Castilla y León, cuyo teléfono es 983 327 850 y el horario de atención es de lunes a viernes (no festivos) de 8:00 a 22:00 h y sábados (no festivos) de 9:00 a 14:00 h.