

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: _____ Sexo: Varón Mujer

Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Registro

¿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: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Localidad: _____ Municipio: _____

Código postal: _____ Provincia: _____ E-mail: _____

II. Datos de la persona que le representa

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____

Nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____ E-mail: _____

Representante en calidad de padre/madre o tutor de menor de 18 años _____

Como representante voluntario _____

Como representante legal _____

Como representante de presunto incapaz _____

III. Domicilio a efectos de notificaciones

Obligatorio en caso de que exista representante. Ver hoja de instrucciones.

Calle/Plaza: _____ Nº: _____ Piso: _____ Puerta: _____

País: _____ Código postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

IV. Datos de residencia

No es necesario cumplimentar este apartado 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 en dichos periodos

Períodos	Municipio	Provincia

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 otra Comunidad Autónoma? No Sí

> Indique en qué Comunidad Autónoma _____

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

> Indique la provincia de reconocimiento: _____

¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad? _____ No Sí

> Indique la provincia de reconocimiento: _____

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

Si tiene diagnosticada una 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 no profesional.
- 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 recibéndolo	No recibe el servicio público y desea recibirlo (1)	Desea recibir la prestación económica vinculada al servicio
Servicio de Promoción de la autonomía personal (ver hoja de instrucciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teleasistencia (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro residencial permanente (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) El servicio de teleasistencia es compatible con otros servicios y prestaciones, excepto con el centro residencial.

(3) Si desea información sobre el servicio de centro de noche, puede solicitarla en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

2. Prestación económica de asistencia personal

3. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar (Ver hoja de instrucciones). Debe adjuntar el Anexo E

La persona que me cuida vive en mi domicilio o realiza tareas vinculadas a mi atención durante al menos treinta y cinco horas semanales: Sí No

Recibo atención en el entorno familiar desde hace más de un año:

- Sí.
- No, porque solicito un cambio de prestación por causas justificadas.
- No, porque necesito atención desde hace menos de un año por causas sobrevenidas: _____
- No, por otros motivos _____

Los servicios públicos son prioritarios sobre las prestaciones económicas. Si recibe un servicio público y excepcionalmente no quiere seguir recibéndolo, indique: servicio que recibe: _____ motivos para la renuncia: _____

Datos bancarios para el ingreso de prestación económica:

Nombre y apellidos del titular de la cuenta bancaria (ver hoja de instrucciones)

Nº IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VIII. Datos de la unidad familiar

Cónyuge Pareja de hecho (1) DNI/NIE: _____
 Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
 Nombre: _____ 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 también en el caso de que su cónyuge/pareja de hecho no conviva con usted por residir uno de los dos en un centro residencial y también en el caso de que haya fallecido en los dos años anteriores a esta solicitud. En tal caso, indique la fecha del fallecimiento: _____

HIJOS MENORES DE 20 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).

- Apellidos y Nombre: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____
- Apellidos y Nombre: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____
- 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	Interesado			Cónyuge/pareja de hecho				
	Entidad pagadora (1)	Año en curso (2)	Año anterior	Dos años antes	Entidad pagadora (1)	Año en curso (2)	Año anterior	Dos años antes
Pensión no contributiva (3)								
Gran Invalidez (3)								
Incapacidad permanente absoluta								
Orfandad								
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 mediante escrito dirigido a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

(4) Señale el tipo de prestación: _____

(5) Señale el tipo de ingreso: _____

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 (nombre, apellidos y parentesco) _____

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.

CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS. Doy mi consentimiento, a los efectos de asegurar una correcta valoración de mi situación personal, familiar y social y conseguir la eficiencia y optimización de los recursos públicos sociales y sanitarios, para la utilización en este procedimiento de los datos y la información relativa a mis solicitudes y demandas de servicios sociales, así como de las valoraciones e informes existentes para el acceso al sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, para la cesión de datos personales y sanitarios de la Gerencia Regional de Salud a la Gerencia de Servicios Sociales y para la cesión de datos personales y relativos a la situación de dependencia de la Gerencia de Servicios Sociales a la Gerencia Regional de Salud.

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO



**Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente**



- Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia, datos facilitados por el Registro Civil y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.
- No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del interesado / representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

Si la solicitud la firma el representante legal o representante de presunto incapaz, indique si autoriza la consulta telemática de sus datos de identidad (del representante). Si no autoriza, debe aportar copia del DNI/NIE.

Autorizo No autorizo

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO



**Si existe cónyuge o pareja de hecho, es obligatorio
marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente**



- Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.
- No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del cónyuge o pareja de hecho

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

Gerente Territorial de Servicios Sociales de la provincia de _____

Anexo A. Acceso al servicio público de ayuda a domicilio

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____

Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

**Para personas que se encuentran en situaciones de dificultad o falta de autonomía personal y dependencia
Solicita el servicio de ayuda a domicilio**

- Actualmente no lo recibe.
- Actualmente lo recibe.
- Actualmente lo recibe y desea modificar el número de horas. _____
(indicar el número total de horas mensuales que desea recibir)

Ayuntamiento/Diputación donde lo está recibiendo _____


AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO

**Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente**



- Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.
- No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20 ____



Firma del interesado / representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO

**Si existe cónyuge o pareja de hecho, es obligatorio
marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente**



- Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.
- No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20 ____



Firma del cónyuge o pareja de hecho

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

Ayuntamiento / Diputación de _____

Anexo B. Acceso al servicio público de teleasistencia

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____
 Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

Solicita el servicio de teleasistencia:

- Ya lo recibe y desea seguir recibéndolo.
 Lo ha solicitado al margen de la solicitud de valoración de dependencia, pero aún no lo recibe y desea recibirlo.
 No lo recibe, no lo ha solicitado, y desea recibirlo.

Ayuntamiento/Diputación donde lo está recibiendo _____

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO

**Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
 Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
 y se retrasará la tramitación del expediente**



- Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.
 No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del interesado / representante legal / representante de presunto incapaz

(En caso de imposibilidad física de firma por parte del interesado, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia de dos testigos. Es necesaria la firma y el número de DNI de los testigos)

AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO

**Si existe cónyuge o pareja de hecho, es obligatorio
 marcar una de las dos opciones siguientes.
 Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
 y se retrasará la tramitación del expediente**



- Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.
 No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del cónyuge o pareja de hecho

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

Ayuntamiento / Diputación de _____

Anexo C. Acceso al servicio público autonómico de centro residencial / estancias diurnas, para personas mayores

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____
 Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

Solicita plaza de centros de día en:

1º _____ 2º _____ 3º _____

Cualquier centro con plazas públicas de la localidad de: _____

Solicita plaza de centro residencial en:

1º _____ 2º _____ 3º _____

4º _____ 5º _____ 6º _____

Todos los centros de la provincia de: _____ Todos los centros de Castilla y León.

Sólo desea recibir atención como centro de noche.

¿Desea ingresar con su cónyuge? Sí No

Si esta solicitud se formula conjuntamente con la de otras personas, indicar sus datos:

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____ Convive con el solicitante: Sí No

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____ Convive con el solicitante: Sí No

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____ Convive con el solicitante: Sí No

En el caso de que la vivienda habitual del solicitante antes de ingresar en un centro residencial, fuera de su propiedad y en la misma deban continuar residiendo su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes mayores de 65 años, hijos, o personas vinculadas por razón de tutela y/o acogimiento menores de 25 años o mayores de tal edad en situación de dependencia o con discapacidad, deberá rellenar los siguientes datos:

Otras personas que conviven con el solicitante:

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____

Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____

En el caso de que el solicitante tenga cónyuge en régimen de gananciales, deberá firmar la siguiente autorización (si el cónyuge ha solicitado también el ingreso en centro no es necesaria la firma en este apartado):

Yo, D./D.^a _____ expreso mi conformidad a la participación de la financiación del coste de la estancia de mi cónyuge.

Firma del cónyuge

Anexo D. Acceso al servicio público autonómico de centro residencial / centro de día, para personas con discapacidad

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____
 Domicilio de notificación _____ Teléfono _____

Nota Aclaratoria: Puede elegir plaza de centro de día y plaza de centro residencial. El centro residencial y el centro de día son servicios compatibles para un mismo usuario. La solicitud de plaza residencial incluye también la solicitud de atención diurna. Si el centro residencial que elige no dispone de atención diurna, se le informará.

Solicita plaza de centros de día en:

Solicita un centro en concreto 1º _____ 2º _____
 Todos los centros de la entidad: _____
 Todos los centros de la provincia de: _____ Todos los centros de Castilla y León.

Solicita plaza de centro residencial en:

Solicita un centro en concreto 1º _____ 2º _____
 Todos los centros de la entidad: _____
 Todos los centros de la provincia de: _____ Todos los centros de Castilla y León.
 Indique el tipo de plaza que solicita: Plaza de 365 días al año de permanencia en el centro.
 Plaza de 272 días al año de permanencia en el centro
 (todos los días del año, excepto fines de semana alternos y vacaciones).
 Plaza de 182 días al año de permanencia en el centro
 (todos los días del año, excepto fines de semana y vacaciones).

Si el solicitante vive en un domicilio particular, relación de personas con las que convive: (todos los datos son de cumplimentación obligatoria para los solicitantes que no residen en un centro durante 365 días al año)

- El solicitante vive solo
- Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____
 - Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____
 - Apellidos, nombre: _____ DNI/NIE: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Relación de parentesco: _____

(Si residen en el domicilio más de tres personas, añada al dorso los datos correspondientes al resto de convivientes)

AUTORIZACIÓN a la Administración para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia, y los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.

Firma del conviviente 1 _____ Firma del conviviente 2 _____ Firma del conviviente 3 _____
 Fdo.: _____ Fdo.: _____ Fdo.: _____

Sí No

Sí No

Sí No

Es obligatorio marcar una de las dos opciones. Si alguno de los convivientes no marca ninguna opción, será necesario subsanar la solicitud, y se retrasará la tramitación del expediente. Si alguno de los convivientes no da su autorización, debe aportar toda la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de la solicitud, si no la aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente)

Si residen en el domicilio más de tres personas, añadir al dorso la autorización y firma del resto de miembros.

En el caso de que el solicitante tenga cónyuge en régimen de gananciales, deberá firmar la siguiente autorización (si el cónyuge ha solicitado también el ingreso en centro no es necesaria la firma en este apartado):

Yo, D./IDª _____ expreso mi conformidad a la participación de la financiación del coste de la estancia de mi cónyuge.

Firma del cónyuge

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

(Este anexo forma parte de la solicitud y no se puede presentar de forma independiente)

Anexo E. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar

Nombre _____ Apellidos _____ DNI/NIE _____

Si está siendo atendido en su entorno familiar, no recibe un servicio incompatible y desea que se le reconozca esta prestación o un cambio de cuidador, señale sus datos. No puede elegir esta prestación si en el apartado VII ha solicitado prestación económica vinculada para algún servicio o si ha solicitado prestación económica de asistencia personal.

Datos de la persona cuidadora:

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____

Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Parentesco del cuidador con la persona dependiente: _____

> Si no existe parentesco, ¿el cuidador lleva más de un año viviendo en su mismo municipio o en otro vecino? _____ Sí No

Compromisos y autorización de la persona cuidadora:

ME COMPROMETO a asumir la responsabilidad del cuidado de la persona dependiente. Este compromiso supone tener capacidad y disponer del tiempo necesario para prestarle cuidado y atención de forma adecuada por un periodo continuado de un año o, en caso de rotación de cuidadores, durante un periodo mínimo de tres meses continuados.

ME COMPROMETO a facilitar el acceso de los profesionales de los servicios sociales a la vivienda de la persona en situación de dependencia, previo consentimiento de ésta, con el fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias.

Declaro conocer la obligación del beneficiario de comunicar el cambio de cuidador en el plazo de diez días desde que se produzca y estoy al corriente de las consecuencias que el incumplimiento de esta obligación conlleva a los efectos de revisión y extinción de la prestación de cuidados en el entorno familiar.

Estos cuidados se prestarán en territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

AUTORIZACIÓN para la verificación de datos:



**Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes.
Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud,
y se retrasará la tramitación del expediente**



- Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, mis datos de identidad y los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia y, en caso de ser cónyuge de la persona dependiente, los datos que constan en el certificado de matrimonio del Registro Civil.
- No doy mi consentimiento. (Si no da su consentimiento, debe aportar junto con la solicitud, copia del DNI y certificado de empadronamiento. Si no lo aporta, será necesario subsanar la solicitud y se retrasará la tramitación del expediente).

Firma de la persona cuidadora

Continúa en el reverso

Si la persona en situación de dependencia está siendo atendida de forma rotatoria por varios cuidadores, marque aquí y complete:

Periodo de atención continuada por cada cuidador (si son periodos iguales) _____

Si cada cuidador presta los cuidados en periodos de duración diferente, o en domicilios diferentes, identifique el nombre y apellidos del cuidador, el periodo continuado en el que presta los cuidados, y el domicilio en el que los presta:

Cuidador 1: _____ Periodo: _____

Domicilio completo: _____

Cuidador 2: _____ Periodo: _____

Domicilio completo: _____

Cuidador 3: _____ Periodo: _____

Domicilio completo: _____

Si la persona en situación de dependencia ha trasladado su domicilio desde otra Comunidad Autónoma a un municipio de Castilla y León, cumplimente los siguientes datos:

En la fecha del traslado de domicilio, tenía reconocida en la Comunidad de origen la siguiente prestación: *(indique lo que corresponda: servicio de ayuda a domicilio, servicio de promoción de la autonomía personal, centro de día, centro de noche, centro residencial, prestación económica vinculada a un servicio, prestación económica de asistencia personal, prestación económica de cuidados en el entorno familiar)* _____

Si la prestación que tenía reconocida es la de cuidados en el entorno familiar, indique si la Comunidad Autónoma de origen le ha hecho efectivo el pago de la prestación reconocida:

- He percibido la prestación económica de cuidados en el entorno familiar reconocida por la otra Comunidad Autónoma.
- Aún no he comenzado a percibir la prestación económica de cuidados en el entorno familiar reconocida por otra Comunidad Autónoma.

Señale si está recibiendo teleasistencia y desea continuar con ella: _____