XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE TRABALLO E BENESTAR

ANEXO II

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE LOS SOLICITANTES FALLECIDOS DURANTE LA TRAMITACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	**BS211A**	**SOLICITUD**

1. Número de expediente de la persona solicitante de dependencia S.G.A.D.:

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN. SOLICITANTE: persona/s que solicita/n el derecho a la efectividad de las prestaciones económicas

○ Comunidad hereditaria ○ Cuidador no profesional ○ Otros

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | ○ DNI ○ NIE ○ Pasap/otr | NÚMERO

CORREO ELECTRÓNICO

☐ Autorizo a la Administración para citarme por vía telemática

DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, n.º, bloque, esc., piso, puerta) | CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OTRO TELÉFONO CONTACTO

PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

RELACIÓN DE CONVIVENCIA CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | ○ DNI ○ NIE ○ Pasap/otr | NÚMERO

CORREO ELECTRÓNICO

☐ Autorizo a la Administración para citarme por vía Telemática

DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, n.º, bloque, esc., piso, puerta) | CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OTRO TELÉFONO CONTACTO

PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

RELACIÓN DE CONVIVENCIA CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | ○ DNI ○ NIE ○ Pasap/otr | NÚMERO

CORREO ELECTRÓNICO

☐ Autorizo a la Administración para citarme por vía telemática

DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, n.º, bloque, esc., piso, puerta) | CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OTRO TELÉFONO CONTACTO

PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

RELACIÓN DE CONVIVENCIA CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

CVE-DOG: jlnnzeh9-ywy5-7o91-oin3-pjgeohm3b773

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | ○ DNI ○ NIE ○ Pasap/otr | NÚMERO

CORREO ELECTRÓNICO

☐ Autorizo a la Administración para citarme por vía Telemática

DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, n.º, bloque, esc., piso, puerta) | CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OTRO TELÉFONO CONTACTO

PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

RELACIÓN DE CONVIVENCIA CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

3. REPRESENTANTE (adjuntar documento que acredite la representación, ver explicaciones)

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | ○ DNI ○ NIE ○ Pasap/otr | NÚMERO

DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, n.º, bloque, esc., piso, puerta) | CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OTRO TELÉFONO CONTACTO | CORREO ELECTRÓNICO

TIPO DE REPRESENTACIÓN

○ Representante legal ○ Padre/Madre/Tutor del menor (menores 18 años) ○ Representante ante la Administración

4. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (sólo cubrir en caso de no coincidir con el domicilio del solicitante o de su representante)

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, nº, bloque, esc., piso, puerta) | CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

5. 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, entre ellos para la consulta de los datos de identidad y residencia en los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y Residencia del Ministerio de Presidencia.

- Que quedo informado/a da obligación de comunicar a la jefatura territorial de la consellería con competencias en materia de servicios sociales cualquiera variación que pueda producirse en lo sucesivo.

- Que autorizo expresamente que se solicite y suministre directamente a través de medios informáticos o telemáticos a la consellería con competencias en materia de servicios sociales la información de carácter tributario a la que se hace referencia en la normativa reguladora de este procedimiento a los efectos del cálculo de las cuantías económicas a reconocer.

En calidad de: ○ Solicitante ○ Representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARACTER PERSONAL

- Le informamos de que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los archivos automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en la Administración, sin que puedan ser empleados 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 uso fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivos 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).

CVE-DOG: jlnnzeh9-ywy5-7o91-oin3-pjgeohm3b773

6. DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR A LA SOLICITUD

Documentos recogidos en el artículo 102 de la orden

- Persona física:

- ☐ DNI, en el supuesto de que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- ☐ Documentación acreditativa de la relación de parentesco.
- ☐ Ficha de terceros (DNI, n.º cuenta bancaria y certificado expedido por la entidad bancaria de la titularidad de la cuenta).

- Comunidad hereditaria:

- ☐ DNI de cada miembro, en el supuesto de que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- ☐ Certificado del registro de últimas voluntades.
- ☐ Testamento o declaración de herederos y aceptación de la herencia.
- ☐ En su caso, documento acreditativo de la liquidación del impuesto de sucesiones o la justificación de su exención.
- ☐ Ficha de terceros (DNI, n.º cuenta bancaria y certificado expedido por la entidad bancaria de la titularidad de la cuenta).

- En el caso de libranza de cuidados en el contorno familiar:

- ☐ Certificado de empadronamiento del cuidador no profesional, en el supuesto de que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- ☐ Informe social (art. 94 y en su caso art. 95.2).
- ☐ Anexo III.
- ☐ Anexo IV.

- En el caso de libranza vinculada al servicio y libranza de asistente personal:

- ☐ Facturas a efectos de justificar el gasto.
- ☐ Informe social, en su caso (art. 95.2).

☐ **Otros documentos:**

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

CVE-DOG: jlnnzeh9-ywy5-7o91-oin3-pjgeohm3b773

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. Número de expediente de la persona solicitante de dependencia.

Reflejar el número de expediente del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema de la persona fallecida que causa derecho a las cuantías que se reclaman.

2. Datos de identificación de la persona solicitante.

Reflejar los datos personales de la persona/s solicitante/s de la efectividad del derecho a las prestaciones económicas solicitadas por la persona fallecida durante la tramitación del procedimiento y la condición (comunidad hereditaria, cuidador, otros) en base a la que se solicitan.

3. Datos do representante.

Este apartado sólo se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante y que ostente la condición de representante ante la Administración, o cuando se realiza a solicitud por varias personas y se designa a una de ellas como representante ante la Administración.

4. Domicilio a efectos de notificación.

Cubrir únicamente cuando se quiera recibir las notificaciones en un domicilio distinto al de residencia habitual del/de la solicitante, o dirigidas a una persona distinta al/a la solicitante, que en todo caso deberá ser el/la representante.

5. Documentación que se adjunta.

No se estará en la obligación de adjuntar información, datos o documentación que esté en poder de la Administración de la Comunidad Autónoma de Galicia o que se autorice expresamente según la presente solicitud a obtener por medios propios.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES

La solicitud, debidamente cumplimentada y acompañada de la documentación requerida, podrá presentarse en las oficinas de Registro de los Servicios Sociales Comunitarios del domicilio del solicitante y en los registros de las jefaturas territoriales de la Consellería de Trabajo y Bienestar. Asimismo podrá presentarla en el Registro General de la Xunta de Galicia o en cualquier oficina de registro de la Administración de la Comunidad Autónoma de Galicia, así como por cualquiera de los restantes medios establecidos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de régimen jurídico de las administraciones públicas y de procedimiento administrativo común, así como por medios electrónicos a través del registro electrónico de la Xunta de Galicia.

LEGISLACIÓN APLICABLE

- Decreto 15/2010, de 4 de febrero (DOG n.º 34, de 19 de febrero), por el que se regula el procedimiento 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 procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.
- **Orden de 2 de enero de 2012 de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.**

FIRMA DEL/LA SOLICITANTE O PERSONA QUE LO REPRESENTA

Lugar y fecha

_____ , _____ de _____ de _____

Jefatura Territorial de la Consellería de Trabajo y Bienestar de _____

CVE-DOG: jlnnzeh9-ywy5-7o91-oin3-pjgeohm3b773