

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<h2 style="text-align: center;">Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia</h2> <h1 style="text-align: right;">001</h1> <hr style="border: 5px solid black;"/> <p style="text-align: right;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
--	--

SOLICITANTE

1. Datos personales (Residencia habitual)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil		
<input type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Municipio	Localidad	Provincia /T.H.	DNI/NIF • NIE • Otro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	E-mail			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

2. Datos sobre la situación de dependencia

2.1. ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó y el año :	
<input type="text"/>	
Los apartados 2.2. y 2.3. deberán cumplimentarse sólo si se han tramitado fuera del Territorio Histórico de Alava.	
2.2. ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó: <input type="text"/>	
2.3. ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: <input type="text"/>	

3. Datos de residencia

3.1. ¿Es usted emigrante español/a retornado/a?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo (día, mes y año)	
<input type="text"/>	

3.2. ¿Reside legalmente en la actualidad en España? Sí No

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

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

Si la respuesta es afirmativa indique:

Periodos	Localidad	Provincia / Comunidad Autónoma

SOLICITA que, previos los informes y trámites oportunos, le sea valorado el grado de dependencia.

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 al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.