

## Anexo I

### SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

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).

#### I SOLICITANTE

##### 1. Datos personales (Residencia habitual)

PRIMER APELLIDO                      SEGUNDO APELLIDO                      NOMBRE

IDENTIFICACIÓN                      FECHA NACIMIENTO                      SEXO  
DNI/NIF   NIE   Otro                      Día   Mes   Año                      Hombre    Mujer

Nº .....

NACIONALIDAD                      ESTADO CIVIL

DOMICILIO (Calle/Plaza)..... Nº .....

Bloque ..... Escalera ..... Piso ..... Puerta .....

CÓDIGO POSTAL                      LOCALIDAD                      PROVINCIA

TELEFONO FIJO                      TELEFONO MOVIL                      CORREO-E

##### 2. Datos sobre la situación de dependencia

2.1. ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?  
 SI    NO

Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: ..... y año.....

Los apartados 2.2 y 2.3 deberán cumplimentarse solo si se han tramitado fuera del Territorio Histórico de Álava.

2.2. ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?  SI    NO

Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó:.....

2.3. ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida?  SI    NO

Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó:.....

##### 3. Datos de residencia

3.1. ¿Es usted emigrante español/a retornado/a?  SI    NO

Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día..... mes..... año.....

3.2. ¿Reside legalmente en la actualidad en España?  SI    NO

3.3. ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?

SI    NO

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

Si la respuesta es afirmativa indique:

Períodos                      Localidad                      Provincia/Comunidad

.....

## II DATOS DEL REPRESENTANTE

PRIMER APELLIDO                      SEGUNDO APELLIDO                      NOMBRE

.....

### IDENTIFICACIÓN

DNI/NIF    NIE    Otro

Nº .....

DOMICILIO (Calle/Plaza)..... Nº .....

Bloque ..... Escalera ..... Piso ..... Puerta .....

CÓDIGO POSTAL                      LOCALIDAD                      PROVINCIA

.....

TELEFONO .....

RELACIÓN CON EL INTERESADO/A .....

PERSONA DE REFERENCIA .....

REPRESENTANTE LEGAL .....

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 al Instituto Foral de Bienestar Social 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 este organismo, 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).