Dirección General de Coordinación
de la Dependencia
CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

## ANEXO 2
## DECLARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

**Beneficiario de la Prestación:**

D/Dª _____ DNI/NIE: _____

Nº de cuenta corriente de la que es titular: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

D/D.ª _____ con DNI ___ / NIE / ___ / PASAPORTE ___

N.º: _____ (indicar letra), cuidador del beneficiario arriba indicado,

**DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:**

a. Que es mayor de edad.
b. Que su número de DNI / NIE/ PASAPORTE es el arriba señalado.

| NIF/NIE del cuidador/a no profesional | Se Autoriza consulta (*) ___ | Se adjunta ___ |
|---|---|---|

c. Que tiene con el beneficiario el siguiente parentesco:

☐ Cónyuge/Pareja de Hecho ☐ Hermano/Hermana ☐ Tío/Tía ☐ Yerno/Nuera
☐ Padre/Madre ☐ Abuelo/Abuela ☐ Sobrino/Sobrina ☐ Cuñado/Cuñada
☐ Hijo/Hija ☐ Nieto/Nieta ☐ Primo/Prima ☐ Otro:_____

d. Que reside legalmente en España y se encuentra empadronado en un municipio de la Comunidad de Madrid.
e. Que desde la fecha de solicitud de reconocimiento de la dependencia hasta la fecha actual, los cuidados se han estado prestando ininterrumpidamente y de forma adecuada en el entorno familiar del beneficiario, sito en la C/_____ Nº:_____ Portal:_____, Piso_____, en la Localidad _____, Código postal: _____
f. Que la prestación de los cuidados se realiza a tiempo completo (únicamente para grados III y II de dependencia).
g. Que se compromete a seguir prestando a la persona en situación de dependencia los cuidados que precisa en su entorno habitual, salvo que se determine, tras variación en las condiciones de salud o en la situación de su entorno social, una nueva modalidad de intervención distinta en su Programa Individual de Atención.
h. Que se destinará la totalidad del importe de la prestación a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona en situación de dependencia.

Información adicional requerida:

| | | |
|---|---|---|
| Fecha de nacimiento del cuidador (dd/mm/aaaa) | | |
| Sexo del cuidador | Hombre ___ | Mujer ___ |

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

Y para que así conste y surta efectos ante la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, firmo la presente Declaración

En Madrid, a……..... de……..……..…. de……

| FIRMA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN | FIRMA CUIDADOR/A NO PROFESIONAL |
|---|---|
| …… | …… |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/apdcm). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

| DESTINATARIO | Consejería de Familia y Asuntos Sociales.<br>Dirección General de Coordinación de la Dependencia. |
|---|---|

* Es imprescindible cumplimentar todos los espacios sombreados de este documento para garantizar su validez.

BOCM-20110328-1