



Dirección General de Coordinación
de la Dependencia
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia

1.- Datos de el/la solicitante:

NIF / NIE			Nombre		
Primer apellido			Segundo apellido		
Fecha nacimiento			Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	
NIF / NIE cónyuge			Nombre y Apellidos cónyuge		
Nacionalidad			Segunda nacionalidad		
Domicilio	Tipo de vía			Nombre de vía	
Número		Bloque		Escalera	
				Piso	
				Puerta	
CP			Localidad	Provincia	MADRID
Tfno fijo			Tfno móvil	Correo electrónico	

2.- Datos de el/la representante:

NIF / NIE			Nombre		
Primer apellido			Segundo Apellido		
Tfno fijo			Tfno móvil	Correo electrónico	
Relación con solicitante			Representante legal:	☐ Sí ☐ No	

3.- Medio de notificación:

☐	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)					
☐	Deseo ser notificado/a por correo certificado					
	Tipo de vía			Nombre de vía		
	Número		Bloque		Escalera	
					Piso	
					Puerta	
	Localidad			Provincia	País	

4.- Otros datos de el/la solicitante:

4.1.- Datos sobre la situación de dependencia:

¿Tiene reconocido grado de discapacidad?				☐ Sí	Año		☐ No
Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de discapacidad y el porcentaje:							
☐ Física	%	☐ Intelectual	%	☐ Física-Intelectual	%	☐ Enfermedad mental (*)	
¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona (ATP)?				☐ Sí	Año		☐ No
Si la respuesta es afirmativa, indique los puntos ATP que tiene reconocidos							
¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?				☐ Sí	Año		☐ No

(*) Si se señala esta opción no habrá que cumplimentar la ficha de trámite de consulta, ya que el acceso al servicio de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario para personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica se realiza a través de los servicios de salud mental.

4.2.- Datos sobre prestaciones públicas:

¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona?				☐ Sí	☐ No
Si la respuesta es afirmativa indique:					
NOMBRE Y APELLIDOS PERCEPTOR	NIF/NIE	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE		
			☐ INSS ☐ ISFAS ☐ MUFACE ☐ MUGEJU (Reg. Gral.)		
¿Percibe algún tipo de prestación pública de algún Régimen Especial de la Seguridad Social?				☐ Sí	☐ No
Si la respuesta es afirmativa indique:		CUANTIA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE		
			☐ ISFAS ☐ MUFACE ☐ MUGEJU		



Dirección General de Coordinación
de la Dependencia
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF/NIE del solicitante en vigor	☐	☐
NIF/NIE del representante en vigor, en su caso	☐	☐
Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que el solicitante reside en un municipio de la Comunidad de Madrid, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	☐	
En el caso de extranjeros no comunitarios , certificado del Ministerio del interior que acredite que el solicitante dispone de residencia legal en España , y que la ha tenido al menos por cinco años, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	☐	
Informe de salud actualizado	☐	
Informe social (aportar por la entidad local)	☐	

(*) 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.

6.- Entidad bancaria (*):

Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta

(*) En la cuenta aportada debe aparecer como **titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia**.

Con la firma de esta solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en esta cuenta corriente/libreta de ahorro las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, como pago de la estancia en un centro de atención residencial a personas mayores perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid.

7.- Declaración del solicitante / representante:

☐	(Marque la casilla si está conforme) DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente. - Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho. - Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.
--------------------------	---



Dirección General de Coordinación
de la Dependencia
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

☐ No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, 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.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En, a de de

FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

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 Asuntos Sociales
Dirección General de Coordinación de la Dependencia