



PROCEDIMIENTO <b>RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUD</b>
--	---	-------------------------------

NÚMERO DE EXPEDIENTE A completar por la Administración	A.G.E.: SAAD	S.G.A.D.:
---	--------------	-----------

**1. EFECTO PARA EL QUE SE SOLICITA**

(señale con una X lo que proceda)

<input type="checkbox"/> Valoración inicial	<input type="checkbox"/> Homologación	<input type="checkbox"/> Revisión por mejoría/agravamiento
---	---------------------------------------	--

**2. GRUPO DE EDAD AL QUE PERTENECE**

<input type="checkbox"/> Menor de tres años (de 0 hasta 3 años)	<input type="checkbox"/> A partir de 3 años
---	---

**3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.****SOLICITANTE: persona que va a ser valorada y reconocida en una situación de dependencia.**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input type="checkbox"/> DNI	Nº
			<input type="checkbox"/> NIE	
			<input type="checkbox"/> Pasap./otro	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NACIONALIDADE/S	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Vive en domicilio particular		<input type="checkbox"/> Reside en un centro residencial o sociosanitario		
CORREO ELECTRÓNICO		<input type="checkbox"/> Autorizo a la Administración para citarme por vía telemática		
DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESC., PISO, PUERTA)				CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OTRO TELÉFONO CONTACTO		
<input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> OTRO TIPO ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> MUFACE	<input type="checkbox"/> MUGEJU	<input type="checkbox"/> ISFAS	Nº TARJETA SANITARIA
		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario/a		

**REPRESENTANTE**

(presentar documento que acredite la representación, ver explicaciones)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input type="checkbox"/> DNI	Nº
			<input type="checkbox"/> NIE	
			<input type="checkbox"/> Pasap./otro	
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESC., PISO, PUERTA)				CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OTRO TELÉFONO CONTACTO		
TIPO DE REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE/TUTOR DEL MENOR (menores de 18 años) <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE				

**DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

(rellenar sólo en caso de no coincidir con el domicilio del solicitante o de su representante)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, Nº, BLOQUE, ESC., PISO, PUERTA)		CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO

**4. UNIDAD DE CONVIVENCIA**

(En este apartado se consignarán los datos del cónyuge, pareja de hecho. Ascendientes, hijos/as menores de 25 años o mayores de 25 años con discapacidad que dependan económicamente del solicitante. Deberán presentar certificado de convivencia emitido por el Ayuntamiento, que deberá coincidir con las personas recogidas en este apartado)

APellidos	NOMBRE	DNI/NIE	Fecha de nacimiento	Parentesco	Solicitaron reconocimiento de dependencia	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
					<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
					<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
					<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
					<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
					<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
					<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

**5. AUTORIZACIÓN**

(Sólo firmar si se cubre el punto 4, deberán firmar todos los consignados en el punto 4, y el punto 11)

Autorizo expresamente que se solicite y se suministre directamente, a través de medios informáticos o telemáticos, al departamento de la Administración autonómica con competencia en materia de dependencia la información de carácter tributario necesaria y el acceso a los datos del DNI por medios digitales.

<b>Relación de parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Ascendiente (madre/padre)	<b>FIRMA Y DNI</b>  
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b> 	
<b>Relación de parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Ascendiente (madre/padre)	<b>FIRMA Y DNI</b>  
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b> 	
<b>Relación de parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Ascendiente (madre/padre)	<b>FIRMA Y DNI</b>  
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b> 	
<b>Relación de parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Ascendiente (madre/padre)	<b>FIRMA Y DNI</b>  
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b> 	
<b>Relación de parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Ascendiente (madre/padre)	<b>FIRMA Y DNI</b>  
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b> 	

**6. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

(Sólo será necesario presentar los documentos que acrediten esta información en el caso de ser emitidos fuera de la Comunidad Autónoma de Galicia)

¿Tiene reconocido el grado de minusvalía?  NO  SÍ %

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó el reconocimiento:  AÑO

¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona (ATP)?  NO  SÍ PUNTUACIÓN

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó el reconocimiento:  AÑO

¿Tiene reconocida una incapacidad de gran invalidez?  NO  SÍ

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó:  AÑO

¿Tiene reconocida la situación de dependencia?  NO  SÍ PUNTUACIÓN BVD  GRADO  NIVEL

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó:  AÑO

Autorizo al departamento competente en materia de dependencia a obtener los documentos que acreditan esta situación, de oficio.  SÍ  NO  
 (Cuando sean emitidos por la Comunidad Autónoma de Galicia)

**7. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA**

(A cumplimentar por todos/as, es necesario presentar certificado de empadronamiento que acredite que lleva residiendo más de 5 años en territorio español, dos de los cuales deben ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud, y que certifique que residen en la Comunidad Autónoma de Galicia)

¿Reside en la actualidad en la Comunidad Autónoma de Galicia?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Residió siempre en territorio español?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
De no residir siempre en territorio español,		
¿Residió legalmente en España durante cinco años?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
De estos cinco años, ¿fueron dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa, indique:		
PERÍODOS (MES Y AÑO)	LOCALIDAD	PROVINCIA / COMUNIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es Usted emigrante español/a retornado/a? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día/mes/año <input type="text"/>		

**8. DATOS SOBRE PRESTACIONES**

(Obligado cumplimiento)

¿Percibe pensión de gran invalidez?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Percibe pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de tercera persona?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Percibe subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Percibe asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de tercera persona?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique nombre y apellidos del:		
BENEFICIARIO	CAUSANTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Percibe pensión del extranjero? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, indique		
TIPO DE PRESTACIÓN	CUANTÍA ANUAL DEL AÑO EN CURSO (PRESENTE CERTIFICADO BANCARIO)	Nº DE PAGAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**9. SERVICIOS Y PROGRAMAS**

(a cumplimentar por todos/las beneficiarios/as)

¿Es usuario del Programa de acogimiento familiar?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa, ¿quiere permanecer en dicho programa?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Acude a un centro de día?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa, indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DEL CENTRO	LOCALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Es usuario del programa de cheque asistencial?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Está siendo usted atendido en un centro residencial? <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa, indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DEL CENTRO	LOCALIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Es usuario del programa de cheque asistencial?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Es beneficiario del servicio de ayuda en el hogar?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa, indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es usuario del programa de cheque asistencial?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**10. EXPECTATIVA SOBRE EL SERVICIO O PRESTACIÓN QUE PODRÍA RECIBIR**

(Indique ordenándolas de mayor a menor)

SERVICIOS	Orden de preferencia numérica
Teleasistencia	<input type="text"/>
Ayuda en el hogar	<input type="text"/>
Centro de atención diurna	<input type="text"/>
Centro de noche	<input type="text"/>
Centro de atención residencial	<input type="text"/>
<b>LIBRANZAS</b>	
Libranza vinculada al servicio de: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Libranza para cuidados en el entorno familiar	<input type="text"/>
Libranza de asistencia personal	<input type="text"/>

**11. Si sus expectativas van encaminadas hacia una prestación económica, indique según el caso**

<b>LIBRANZA VINCULADA</b>		
AYUNTAMIENTO <input type="text"/>	ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO <input type="text"/>	
<b>LIBRANZA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	DNI/NIE <input type="text"/>
<b>LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSONAL</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS <input type="text"/>	DNI/NIE <input type="text"/>	

Nota aclaratoria: esta información es meramente informativa, de interés para la Administración, nunca vinculante. Y debe tenerse en cuenta que los servicios serán prioritarios respecto a las prestaciones económicas, que tendrán carácter excepcional, así como las compatibilidades recogidas en la legislación que desarrolla el decreto.

**12. Indique según el caso**

Su trabajador/a social de los servicios comunitarios de referencia es el de su

Ayuntamiento   
  Centro de salud   
  Otros (hospital, atención especializada, etc.), especifique

**13. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud,
- Que autorizo que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos, entre ellos el acceso a los datos del DNI por medios digitales, necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas administraciones públicas competentes.
- Que quedo enterado/la de la obligación de comunicar al departamento competente en materia de servicios sociales cualquier variación que pueda producirse en lo sucesivo.
- Que autorizo expresamente a que se solicite y suministre directamente a través de medios informáticos o telemáticos al departamento de la Administración autonómica competente en la materia de servicios sociales la información de carácter tributario a la que se hace referencia en el decreto regulador de este procedimiento.

Localidad y fecha \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_  
*Nombre y apellidos*

En calidad de:   
 SOLICITANTE   
 REPRESENTANTE LEGAL   
 GUARDADOR DE HECHO

SÍ     NO

Autorizo a la consellería, de conformidad con los artículos 2 y 3 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre y la orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia, de 7 de julio de 2009 que lo desarrolla, para la consulta de mis datos de identidad y residencia en los sistemas de verificación de datos de identidad y residencia del Ministerio de la Presidencia.

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER 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).

**14. DOCUMENTACIÓN A ANEXAR A LA**

<b>SOLICITUD:</b>	<input type="checkbox"/> Otros documentos:
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Documentos recogidos en el artículo 21º del Decreto	

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD****1. Para que se inicie una revisión por empeoramiento o mejoría deberá aportarse (apartado 1):**

La solicitud, marcando esta casilla, informe de condiciones de salud en el modelo oficial, emitido por el facultativo de su régimen de asistencia sanitaria, en que se acredite que se produjo un empeoramiento o mejoría respecto de la valoración inicialmente realizada, teniendo en cuenta que la situación debe tener carácter permanente.

Importante: para que se tramite el procedimiento de revisión a instancia de parte, debió emitirse resolución de reconocimiento de grado y nivel.

**2. Datos de identificación de la posible persona en situación de dependencia (apartado 3):**

Reflejar el domicilio habitual de la persona solicitante, teniendo en cuenta que es el domicilio que se tomará como referencia para llevar a cabo la valoración. En caso de residir en domicilios diferentes de forma alternativa, especificar en el punto 7 de observaciones el período de tiempo y dirección en la que residirá la persona solicitante.

Si ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

**3. Datos del representante (apartado 3):**

Este apartado sólo se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante y que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho; en este último caso, deberá cubrir el modelo de declaración que le será facilitado. En el caso de menores de 18 años, el representante será el padre, madre o tutor de este menor.

**4. Domicilio a efectos de notificación (apartado 3):**

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

**5. Datos de residencia en España (apartado 7):**

Todos los solicitantes deben indicar los períodos y lugares de residencia en territorio nacional, consignando el mes y año de inicio y el mes y año de finalización de residencia en cada localidad, que comprendan el período exigido de cinco años.

Si el/a solicitante es menor de cinco años, los datos de residencia se referirán a los cumplidos por aquella persona que ejerza la guarda y custodia del menor.

**6. Documentación que se aporta (apartado 14):**

Deberá marcar con una X la casilla correspondiente al documento que acompaña a esta solicitud.

El certificado de empadronamiento debe ser histórico, de tal forma que se acredite el empadronamiento actual en un municipio de la Comunidad Autónoma de Galicia, la residencia en territorio español durante 5 años y 2 inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud. La validez de un certificado de empadronamiento es de tres meses.

Como documentación complementaria podrá presentarse: certificado de minusvalía, reconocimiento de gran invalidez, informes médicos de especialistas, etc.

En caso de no pertenecer al régimen de la Seguridad Social, deberá aportarse copia de la tarjeta sanitaria correspondiente.

**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, en los registros de los departamentos territoriales de la Consellería de Trabajo y Bienestar.

Asimismo, cabrá 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 38.4º de la Ley 30/1992, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.

<b>LEGISLACIÓN APLICABLE</b>  <i>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 atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.</i>	(A rellenar por la Administración)		NÚMERO DE EXPEDIENTE
			RECIBIDO
Localidad y fecha  _____, de _____ de _____	REVISADO Y CONFORME	FECHA DE EFECTOS	FECHA DE SALIDA

Jefe/a del Departamento Territorial de Trabajo y Bienestar de