



Comunidad de Madrid

ANEXO 1

DECLARACIÓN RESPONSABLE RELATIVA A LOS SERVICIOS ACTUALES QUE RECIBE EL BENEFICIARIO

TRÁMITE DE CONSULTA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN DE D./D^a.....

.....Nº EXPTE:.....

DILIGENCIA PARA HACER CONSTAR QUE:

D/D^a....., mayor de edad, con DNI/NIE nº, y domicilio en C/Avda/Pza..... nº, provincia de, DECLARA, bajo su responsabilidad:1º. Que en la actualidad la **persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia** recibe los siguientes **SERVICIOS**:

Servicios	Modalidad	Tipo de plaza/servicio (pública/privada)	Aportación del usuario
Teleasistencia	☐ Móvil ☐ Fija		-----€/mes
Ayuda a domicilio:	☐ Atención necesidades hogar ☐ Cuidados personales		Nº horas / mes:..... -----€/mes

Centros	Denominación/Domicilio	Tipo de plaza/servicio (pública/privada)	Aportación del usuario
Centro de Atención Diurna:			Nº días / semana:..... -----€/mes
Centro Ocupacional			-----€/mes
Centro de Atención Temprana			-----€/mes
Centro de Atención Residencial:			-----€/mes
Otros (especificar):			-----€/mes

2º. Que si de la valoración realizada resultase una situación de dependencia reconocida en alguno de los grados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, dentro de la tipología de servicios y prestaciones de dependencia en la Comunidad de Madrid, y teniendo en cuenta el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, tiene la siguiente **PREFERENCIA**:

SERVICIOS	
☐ Servicio de Teleasistencia (<i>todos los Grados</i>)	
☐ Servicio de Ayuda a Domicilio (<i>todos los Grados</i>)	☐ Intensivo ☐ No intensivo
☐ Centro de Atención Diurna (<i>todos los Grados</i>)	☐ Atención Intensiva (de lunes a viernes) ☐ Atención No Intensiva (2-3 días de lunes a viernes) o Fin de Semana.
☐ Atención Residencial (<i>sólo Grado III y Grado II</i>)	
PRESTACIONES	
☐ Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (Cuando el solicitante esté siendo atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno)	☐ A tiempo completo (mínimo 160 horas mensuales) ☐ A tiempo parcial (mínimo 80 horas mensuales). Compatible con el Servicio de Ayuda a domicilio No Intensiva.
☐ Prestación económica de asistencia personal (<i>sólo grado III</i>)	
☐ No manifiesta preferencia por ningún servicio o prestación	

Y para que así conste y surta efectos ante la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, se **firma** la presente declaración en

_____, a _____ de _____ de 2011

EL/LA TÉCNICO DE LA D.G. DE COORDINACIÓN
DE LA DEPENDENCIA

EL/LA INTERESADO/A O SU REPRESENTANTE

Fdo.:

Fdo.: