

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

TELÉFONO

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).