

## ANEXO 1

**Declaración responsable relativa a los servicios actuales que recibe el beneficiario**

D/D<sup>a</sup>....., mayor de edad, con DNI/NIE número ....., y domicilio en Calle/Avenida/Plaza ..... número ....., en la localidad de ..... C.P. ....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**:

Servicio/Centro	Modalidad	Tipo de plaza (pública/privada)	Aportación del usuario
Teleasistencia			-----€/mes
Ayuda a domicilio:	<input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar <input type="checkbox"/> Cuidados personales		Nº horas / mes:..... -----€/mes
Centro de Atención Diurna:	<input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Menores de 65 años <input type="checkbox"/> Atención especializada		Nº días / semana:..... -----€/mes
Centro Ocupacional			-----€/mes
Centro de Atención Temprana			-----€/mes
Servicio de atención residencial:	<input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad		-----€/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	
<input type="radio"/> Atención Residencial	
<input type="radio"/> Servicio de ayuda a domicilio intensiva	<input type="radio"/> Servicio de ayuda a domicilio no intensiva
<input type="radio"/> Centro de Atención Diurna	<input type="radio"/> Atención Intensiva (de lunes a viernes) <input type="radio"/> Atención No Intensiva (2-3 días de lunes a viernes). Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial. <input type="radio"/> Atención Fin de Semana. Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial.
PRESTACIONES	
<input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar <i>(Cuando el solicitante esté siendo atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno)</i>	<input type="radio"/> A tiempo completo (mínimo 160 horas mensuales) <input type="radio"/> A tiempo parcial (mínimo 80 horas mensuales). Compatible con el servicio de ayuda a domicilio no intensiva.
<input type="radio"/> Prestación económica de asistencia personal <i>(solo grado III)</i>	

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 2010

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

EL/LA INTERESADO/A O SU REPRESENTANTE

Fdo.:

Fdo.: