



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD**RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

ZTS/UTS (A cumplimentar por la Administración Local)

Nº EXPEDIENTE
(A cumplimentar por la Administración Autonómica)

(Antes de cumplimentar la solicitud, lea atentamente las instrucciones consignadas en la última hoja)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE										
NOMBRE:			APELLIDOS:				DNI/NIE/NIF/PASAPORTE:			
FECHA DE NACIMIENTO:			NACIONALIDAD:			SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER				
TARJETA SANITARIA:										
Nº HISTORIA DE SALUD DE ANDALUCÍA:					Nº SEGURIDAD SOCIAL (si no tiene o desconoce el anterior):					
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"/> PAREJA DE HECHO		
VIVE USTED SOLO/A: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
TIPO DE DOMICILIO:										
<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> HOSTERÍA		<input type="checkbox"/> CENTRO RESIDENCIAL		<input type="checkbox"/> VIVIENDA TUTELADA		<input type="checkbox"/> CENTRO PENITENCIARIO		
<input type="checkbox"/> CENTRO DE ACOGIDA		<input type="checkbox"/> CONVENTO		<input type="checkbox"/> VÍA PÚBLICA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:				KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO 1:		TELÉFONO 2:		CORREO ELECTRÓNICO:						
TIENE SEGURIDAD SOCIAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE: <input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO/A Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:										
EN CASO NEGATIVO, INDIQUE: <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> ISFAS										

2 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE LE REPRESENTA									
Si es una persona física, indique:									
NOMBRE:			APELLIDOS:				DNI/NIE/NIF/PASAPORTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:			NACIONALIDAD:			SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER			
TELÉFONO 1:		TELÉFONO 2:		CORREO ELECTRÓNICO:					
Si se trata de una entidad jurídica, señale:									
NOMBRE DE LA ENTIDAD:							NIF:		
REPRESENTANTE / TITULAR:									
NOMBRE:			APELLIDOS:				DNI/NIE:		
TIPO DE REPRESENTACIÓN:									
<input type="checkbox"/> LEGAL (En este caso, indique si actúa en representación de:									
<input type="checkbox"/> Persona incapacitada.									
<input type="checkbox"/> Persona presuntamente incapacitada. (guardador/a de hecho)									
<input type="checkbox"/> Hijo/a menor de edad.									
<input type="checkbox"/> Menor de edad sometido a tutela ordinaria.									
<input type="checkbox"/> Menor en situación de desamparo, sometido a tutela administrativa.									
<input type="checkbox"/> VOLUNTARIA.									

2 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE LE REPRESENTA (Continuación)							
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES:							
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES:							
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE		TELÉFONOS DE CONTACTO		

3 DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	
- Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique la localidad en que lo solicitó:	y año
- Tiene reconocido/a discapacidad:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique la localidad donde se efectuó:	y año
Grado reconocido:	Tipo (con carácter voluntario):
- Tiene diagnosticada una enfermedad rara, catalogada como tal:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
- Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida diaria:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, fecha de resolución:	Puntuación obtenida:
Grado reconocido:	Tipo (con carácter voluntario):
- Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique la localidad en que lo solicitó:	y año

4 DATOS DE RESIDENCIA		
- Es usted emigrante andaluz/a retornado/a:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, indique la fecha del retorno definitivo:	y año	
- En la actualidad, reside legalmente en Andalucía:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
- Ha residido legalmente en España durante cinco años:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
- De esos cinco años, dos han sido inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, indique:		
PERIODOS	LOCALIDAD	PROVINCIA / COMUNIDAD

5 SERVICIOS PROFESIONALES Y/O CUIDADOS QUE RECIBE LA PERSONA SOLICITANTE	
SERVICIOS PROFESIONALES :	
- Se encuentra atendido/a en un centro de día o de noche :	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique:	
Denominación del centro:	
Nombre del organismo o entidad:	
Dirección del centro:	
Localidad:	
- Se encuentra atendido/a en un centro residencial :	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique los siguientes datos:	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente

5	SERVICIOS PROFESIONALES Y/O CUIDADOS QUE RECIBE LA PERSONA SOLICITANTE (Continuación)						
Denominación del centro:							
Nombre del organismo o entidad:							
Dirección del centro:							
Localidad:							
- Está recibiendo algún servicio de teleasistencia en su domicilio: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
En caso afirmativo, indique los siguientes datos:							
Nombre del organismo o entidad:							
- Está recibiendo algún servicio de ayuda a domicilio en su domicilio: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
En caso afirmativo, indique los siguientes datos:							
Nombre del organismo o entidad:							
Número de horas de atención que recibe mensuales:							
- Otros servicios profesionales que recibe:							
Nombre del organismo o entidad:							
CUIDADOS:							
- Está recibiendo cuidados en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
En caso afirmativo, indique los siguientes datos:							
Fecha desde la que recibe los cuidados:							
Datos de la persona que le cuida principalmente:							
NOMBRE:		APELLIDOS:			DNI/NIE/NIF/PASAPORTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:	SEXO:	<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER	RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE:		
DOMICILIO:							
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		PAIS:		C. POSTAL:
TELÉFONO 1:	TELÉFONO 2:	CORREO ELECTRÓNICO:					

6	DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (Original o copia compulsada)						
<input type="checkbox"/> DNI/NIE/NIF/PASAPORTE de la persona solicitante.(En caso de no prestar su consentimiento)							
<input type="checkbox"/> DNI/NIE/NIF/PASAPORTE de la persona representante.(En caso de no prestar su consentimiento)							
DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA REPRESENTACIÓN (MARCAR LA QUE CORRESPONDA)							
<input type="checkbox"/> Sentencia judicial de incapacitación que designe a la persona representante o resolución judicial que nombre a dicha persona, en su defecto.							
<input type="checkbox"/> Declaración de guardador/a de hecho.							
<input type="checkbox"/> Libro de familia o documento acreditativo de la guarda y custodia.							
<input type="checkbox"/> Sentencia judicial de constitución de tutela ordinaria y designación de tutor/a.							
<input type="checkbox"/> Resolución por la que se asume la tutela administrativa.							
<input type="checkbox"/> Autorización para la representación voluntaria.							
<input type="checkbox"/> Poder notarial.							
<input type="checkbox"/> Declaración de mandato verbal.							
<input type="checkbox"/> Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que la persona solicitante reside en un municipio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud.							
<input type="checkbox"/> Informe de condiciones de salud (adjuntar sólo en caso de pertenecer a MUFACE, MUGEJU o ISFAS).							

7	AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA						
La persona solicitante AUTORIZA , como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónico recogida en la presente solicitud (Plataforma NOTIFICA de la Junta de Andalucía). (Para ello deberán disponer de Certificado de Persona Física de firma electrónica reconocido).							

8	DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIÓN EXPRESA						
LA PERSONA SOLICITANTE DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:							
- Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta.							

8**DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIÓN EXPRESA (Continuación)**

- Que queda enterada de la obligación de comunicar a la Delegación Territorial de la Consejería competente en materia de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, correspondiente a su domicilio, cualquier cambio en las circunstancias declaradas en la presente solicitud que pudiera producirse en lo sucesivo. Particularmente, de la obligación de comunicar inmediatamente el ingreso en un centro hospitalario o asistencial que no suponga coste, en caso de producirse.
- Que asume el compromiso de facilitar el seguimiento y control de las prestaciones, incluyendo el acceso al domicilio, cuando fuera necesario.
- Que la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía tiene competencia, si media autorización, para realizar las verificaciones y consultas de datos necesarios para el reconocimiento del derecho a las prestaciones del SAAD, que obren en los ficheros de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, Agencia Tributaria de Andalucía, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Instituto Nacional de Estadística o Dirección General de la Policía, por lo que:
 - AUTORIZA a esta Agencia para que realice las verificaciones y consultas de identidad.
 - AUTORIZA a esta Agencia para que realice las verificaciones y consultas de residencia.
 - AUTORIZA a esta Agencia para que realice las verificaciones y consultas de renta.
 - AUTORIZA a esta Agencia para que realice las verificaciones y consultas de patrimonio.
- Que AUTORIZA a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía para que solicite el Informe del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre la salud de la persona solicitante, a los efectos previstos en el artículo 27 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
(Si no desea autorizar a la Agencia escriba "NO" en los puntos suspensivos).

En a de

LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Fdo.:

ILMO/A. SR./A. DELEGADO TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN
COMO REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA DE ANDALUCÍA EN DICHO TERRITORIO

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento y demás que se adjuntan, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero parcialmente automatizado constituido en dicha Agencia denominado "Gestión de la Dependencia", sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Avda. de Hytasa, 14 -41006- Sevilla.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL MODELO

- ANTES DE ESCRIBIR, LEA ATENTAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD.
- ESCRIBA A BOLIÓGRAFO, EN LETRAS MAYÚSCULAS Y CON CLARIDAD
- PRESENTE CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, CON ELLO EVITARÁ RETRASOS INNECESARIOS

1.- DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

- Este apartado se cumplimentará, en todo caso, con los datos personales de la persona solicitante, esto es, de la persona para quien se promueve el reconocimiento de la situación de dependencia.
- Si usted ostenta la doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

2.- DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE LE REPRESENTA

- Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta de la solicitante, que ostente su representación legal o voluntaria.

3.- DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

- Este apartado se cumplimentará, en todo caso, con los datos correspondientes al domicilio o apartado postal donde se deseen recibir las notificaciones relativas al procedimiento, pudiendo o no coincidir con el de la persona solicitante.

4.- DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

- Si tuviera la consideración de persona con discapacidad, deberá aportar copia de la resolución o certificado del IMSERSO u organismo competente de la Comunidad Autónoma que acredite su grado de discapacidad.

5.- DATOS DE RESIDENCIA

- Relacione los periodos 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.
- Si la persona solicitante tiene nacionalidad de algún país de la Comunidad de la Unión Europea, indique los periodos de residencia en dichos países.
- Si la persona solicitante es menor de cinco años, los datos de residencia se referirán a los cumplidos por aquella persona que ejerza la guardia y custodia del menor, excepto en el supuesto de menores tutelados por la Junta de Andalucía.

6.- DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

El apartado correspondiente a la "Documentación acreditativa de la representación" se cumplimentará siempre que la solicitud se firme por persona distinta de la solicitante, según las indicaciones siguientes:

- Sentencia judicial de incapacitación que designe a la persona representante o resolución judicial que nombre a dicha persona, en su defecto. Documentación a presentar en caso de que se actúe en representación de una persona incapacitada judicialmente.
- Declaración de guardador/a de hecho. En los casos en que se actúe como representante de una persona presuntamente incapacitada, se adjuntará dicha declaración, según documento facilitado al efecto.
- Libro de familia o documento acreditativo de la guarda y custodia. Será necesario aportarlo en el caso de menores de dieciocho años representados por su padre o madre.
- Sentencia judicial de constitución de tutela ordinaria y designación de tutor/a. Documentación a aportar en el caso de menores de edad sometidos a tutela ordinaria.
- Resolución por la que se asume la tutela administrativa. A presentar en caso de menores en situación de desamparo tutelados por la Administración de la Junta de Andalucía.
- Autorización para la representación voluntaria o poder notarial. Documentos a presentar en caso de representación voluntaria, firmados por la persona representante y representada.
- Declaración de mandato verbal. Firmada por la persona representante, se presentará cuando la persona solicitante no pueda firmar por sí misma (ni mediante la estampación de su huella dactilar). Esta declaración carecerá de efectos sin la ratificación posterior de la persona en cuya representación se declara actuar.