

## CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL

### *RESOLUCIÓN de 25 de abril de 2007, de la Consejera, por la que se hacen públicos los modelos normalizados para la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.*

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ha regulado las condiciones básicas para garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Las personas en situación de dependencia tendrán derecho a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma; para lo cual habrán de solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia a la Administración de la Comunidad Autónoma correspondiente a la residencia del solicitante.

El procedimiento se iniciará a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación; y su tramitación, se sujetará a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con las especificidades que resulten de la Ley 39/2006.

A tal efecto, el artículo 28 de la Ley 39/2006, dispone que los criterios básicos de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y las características comunes del órgano y profesionales que procedan al reconocimiento serán acordados por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

Habiéndose aprobado por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril (B.O.E. n.º 96 de 21 de abril de 2007) el baremo de valoración de la situación de dependencia establecida por Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, razones de interés general llevan a la necesidad de dar curso a las solicitudes presentadas por las personas en situación de dependencia, al

objeto de darles un tratamiento adecuado, conforme a lo dispuesto en la normativa básica aplicable.

Por todo ello, mediante la presente Resolución se hacen públicos los modelos normalizados de solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema y el modelo de informe de salud de la persona, cumplimentado por facultativo sanitario médico, a adjuntar a la misma, que deberán presentar aquellas personas que puedan estar afectadas por algún grado de dependencia y deseen ser valoradas.

Con independencia de las particularidades que el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema pueda establecer, son de aplicación los preceptos establecidos por la normativa básica para la tramitación de las solicitudes.

En este sentido, el artículo 70 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, obliga a la Administración Autónoma a establecer modelos normalizados de solicitudes cuando se trate de procedimientos que impliquen la resolución numerosa de una serie de procedimientos.

Asimismo, el apartado 1.6 del artículo 4 del Decreto 149/2004, de 14 de octubre, por el que se aprueba la Carta de Derechos de los Ciudadanos, se regulan las Cartas de Servicios y se definen los sistemas de análisis y observación de la calidad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, reconoce el derecho de los ciudadanos y ciudadanas a disponer de los formularios de solicitud normalizados necesarios para iniciar un procedimiento o solicitar la prestación de un servicio.

Por ello, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1/2002, de 28 de febrero, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura,

#### RESUELVO:

Hacer público el modelo normalizado de solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema; así como el modelo de informe de salud de la persona, que deberá aportarse junto a la misma.

En Mérida, a 25 de abril de 2007.

La Consejera de Bienestar Social,  
LEONOR FLORES RABAZO

Consejería de  
Bienestar Social

## JUNTA DE EXTREMADURA

Dirección General de  
Servicios Sociales

### 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)

(Antes de cumplimentar la solicitud lea atentamente las instrucciones consignadas al dorso)

#### I SOLICITANTE

##### 1. Datos personales

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		IDENTIFICACIÓN	
						<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro Nº:	
FECHA NACIMIENTO		SEXO		NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL	
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
DOMICILIO (Calle / Plaza)		Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA				COMUNIDAD AUTONOMA	
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL				CORREO-E	
¿ TIENE SEGURIDAD SOCIAL ?						Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario					

##### 2. Datos sobre la situación de dependencia

2.1 ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?  Sí  No  
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó: ..... y año .....

2.2 ¿Tiene reconocido grado de minusvalía?  Sí  No  
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: ..... y año .....

2.3 ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida?  
 Sí  No  
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: ..... y año .....

Si la respuesta ha sido afirmativa indique la puntuación: .....

2.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?  Sí  No  
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: ..... y año .....

##### 3. Datos de residencia

3.1 ¿ Es usted emigrante español/a retornado/a ?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día ..... mes ..... año .....

3.2 ¿Reside legalmente en la actualidad en España ?  Sí  No

3.3 ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?  Sí  No  
De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa indique:

Períodos	Localidad	Provincia/Comunidad

**II DATOS DE CONVIVENCIA**

Indique los datos de las personas que residan con usted en su domicilio

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACION CON EL SOLICITANTE

**III CAPACIDAD ECONÓMICA****1. Datos sobre la renta**¿ Tiene ingresos o rentas propios ?  Sí  No**1.1 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Concepto	Empresa, Organismo o Persona	Cuantía anual

**1.2 RENTAS DE DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS**

Tipo de Actividad	Rendimientos íntegros (anual)

**1.3 RENTAS DE CAPITAL**

Concepto	Rendimientos íntegros (anual)

**1.4 GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES**

Concepto	Rendimientos íntegros (anual)

**2. Datos sobre el patrimonio**¿ Realiza usted Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio ?  Sí  No¿ Es titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual ?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa indique:

**BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD**

Concepto	Valor	Deudas y Obligaciones

**3. Datos sobre prestaciones públicas**1. ¿ Percibe una pensión de gran invalidez ?  Sí  No2. ¿ Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona ?  Sí  No3. ¿ Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI ?  Sí  No4. ¿ Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona ?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa indique:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERCEPTOR	D.N.I.	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE (Marque con una X)
			<input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU

1. ¿Está siendo atendido en su domicilio ?  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como Organismo o entidad prestataria:  
 Teleasistencia  
 Ayuda a domicilio  
 ¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno ?  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:  
**DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL**

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE	NACIONALIDAD	Relación (indique parentesco o relación)			
DOMICILIO	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal
LOCALIDAD	PROVINCIA/COMUNIDAD		Indique la fecha desde la que reside en esta localidad			

2. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día o Centro de Noche ?  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:  
 Denominación del Centro .....  
 Nombre del organismo o entidad .....  
 Dirección del Centro .....  
 Localidad .....

3. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro residencial?  Sí  No  
 Temporal  Permanente  
 Denominación del Centro .....  
 Nombre del organismo o entidad .....  
 Dirección del Centro .....  
 Localidad.....

5. ¿Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal ?  Sí  No

**V DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE				IDENTIFICACIÓN
						<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro
						Nº:
DOMICILIO (Calle / Plaza)	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CODIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA				COMUNIDAD AUTONOMA	
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL				CORREO-E	
RELACIÓN CON EL INTERESADO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL				<input type="checkbox"/> 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 a la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura 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)

**INSTRUCCIONES PARA SU CUMPLIMENTACIÓN**

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

**I. SOLICITANTE****1. Datos personales**

En este apartado se consignarán todos los datos personales del posible beneficiario. Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

**2. 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 minusvalía.

**3. 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 el solicitante tiene nacionalidad de algún país de la Comunidad de la Unión Europea, indique los periodos de residencia en dichos países.

Si el 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.

**III. CAPACIDAD ECONÓMICA****1. Datos sobre la renta**

En este apartado deberá consignar si percibe o posee rentas o ingresos propios. En caso afirmativo tenga en cuenta:

**1.1. Rentas de trabajo o prestaciones económicas.**

Declare sus rentas de trabajo por cuenta propia o ajena, así como las pensiones o prestaciones periódicas abonadas por cualquier Régimen público o privado de Previsión Social, indicando:

- Concepto: La procedencia de las rentas: salario, trabajos por horas o similares, tipo de pensión o prestación, indicando expresamente si percibe asignación por hijo a cargo.
- Cuantía anual: La suma total anual bruta de cada concepto
- Empresa u organismo: El que lo abone.

**1.2. Rentas derivadas de actividades económicas.**

Declare sus rentas

- Tipo de actividad:
- Rendimientos íntegros

**1.3. Rentas de capital.**

En el supuesto de disponer de bienes muebles y/o inmuebles, consignará el concepto de los mismos y los rendimientos íntegros obtenidos (intereses, dividendos, alquileres, etc.) en cuantía anual.

**1.4. Ganancias y plusvalías patrimoniales.**

En el supuesto de haber obtenido ganancias o plusvalías derivadas de bienes muebles y/o inmuebles, consignará en el concepto el origen de las mismas (reparto beneficios acciones, venta de acciones o fondos de inversión, venta de un bien inmueble, etc.) y en los rendimientos íntegros el importe anual que en dichos conceptos haya obtenido.

**V. REPRESENTANTE LEGAL**

Este apartado únicamente 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 cumplimentar el modelo que, al efecto, le será facilitado.

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD**

- Informe de salud de la persona.
- Fotocopia compulsada del DNI / NIE / Pasaporte del solicitante.
- Certificación de empadronamiento expedido por el Ayuntamiento.

En los casos en que el solicitante actúe a través de representante legal o guardador de hecho, deberá aportarse además la siguiente documentación:

- Acreditación de la representación legal mediante fotocopia compulsada de la sentencia que la declare o en su caso modelo de declaración de guardador de hecho.
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del representante legal o del guardador de hecho.



**JUNTA DE EXTREMADURA**  
 Consejería de Sanidad y Consumo      Consejería de Bienestar Social

**INFORME DE SALUD DE LA PERSONA**  
**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 229, de 15 de diciembre de 2006)

Apellidos  Nombre

Fecha Nacimiento  DNI/NIE/Pasaporte  Sexo

- Diagnósticos de enfermedades, trastornos u otras variantes de la salud, de carácter permanente, crónico o de larga duración:

Diagnósticos


En niños de 0 a 6 meses: Peso en gramos al nacer \_\_\_\_\_

- En caso de enfermedad mental, valorar la evolución por brotes y el grado de conciencia de la enfermedad.

- Tratamientos prescritos actualmente:

Farmacológico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Higiénico dietético	

- Otras medidas de soporte terapéutico, funcional y/o ayudas técnicas que tenga prescritas:

Nombre del Facultativo que emite el informe. Centro u Organismo de trabajo

Sello o etiqueta adhesiva. Fecha y firma