

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA Y DE ACCESO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA**

OBJETO DE LA SOLICITUD

Valoración inicial (para personas que no tienen reconocido grado de dependencia)
Revisión por mejoría
Revisión por agravamiento
Revisión del PIA
Traslado de expediente a otra Comunidad Autónoma.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

| | | | | | |
|-------------------------|--|--------------|-------------------------|------------|--|
| Nombre | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Tipo de identificador | | | Nº Identificador | | |
| DNI | | NIE | Pasaporte | Otros | |
| Fecha de nacimiento | | | País de nacimiento | | |
| Provincia de nacimiento | | | Municipio de nacimiento | | |
| Nacionalidad | | Hija/o de | | | |
| Sexo | | Estado civil | | | |
| Mujer | | Hombre | | | |
| Teléfono 1 | | | Teléfono 2 | | |
| Correo electrónico | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|----|--------------------|----|--------|-----------|----|----|----|
| Dirección Principal (en la que reside habitualmente la persona solicitante) | | | | | | | | |
| Provincia | | | | | Municipio | | | |
| CP | | Unidad Poblacional | | | | | | |
| Tipo Vía | | Nombre de la Vía | | | | | | |
| S/N | Nº | NºBIS | BI | Portal | Esc | PI | Pu | Km |

II. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------------------|------------------|---------------------|--|--|--|
| Tipo de representante | | Representante legal | | Guardadora de Hecho | | | |
| Nombre | | Apellido 1 | | Apellido 2 | | | |
| Tipo de identificador | | | Nº Identificador | | | | |
| DNI | | NIE | Pasaporte | Otros | | | |
| Fecha de nacimiento | | Teléfono 1 | | Teléfono 2 | | | |
| Sexo | | Mujer | | Hombre | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|----|--------------------|----|--------|-----------|----|----|----|
| Dirección a efectos de la persona representante | | | | | | | | |
| Provincia | | | | | Municipio | | | |
| CP | | Unidad Poblacional | | | | | | |
| Tipo Vía | | Nombre de la Vía | | | | | | |
| S/N | Nº | NºBIS | BI | Portal | Esc | PI | Pu | Km |

III. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

| | | | |
|-------------------------|--|---------------------|-----------------------|
| Tipo de notificación: | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>Persona solicitante</td> <td>Persona representante</td> </tr> </table> | Persona solicitante | Persona representante |
| Persona solicitante | Persona representante | | |
| Marque sólo una opción: | <input type="checkbox"/> OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen en dirección postal. | | |
| | <input type="checkbox"/> OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT) del Gobierno de Aragón. | | |

IV. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA (No es necesario cumplimentar este apartado si ya tiene reconocida la situación de dependencia)

| | |
|---|--|
| ¿Reside legalmente en la actualidad en España? | |
| ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años? | |
| ¿De estos cinco años, dos han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? | |
| ¿Es emigrante retornado? | |

V. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

| | | | |
|---|--|------------|-----|
| ¿Tiene reconocimiento del grado de discapacidad? | | % | Año |
| Si la respuesta es afirmativa, Provincia en la que se efectuó el reconocimiento | | | |
| ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona (ATP)? | | Puntuación | Año |
| Si la respuesta es afirmativa, Provincia en la que se efectuó el reconocimiento | | | |
| ¿Tiene reconocida una incapacidad de gran invalidez? | | Puntuación | Año |
| Si la respuesta es afirmativa, Provincia en la que se efectuó el reconocimiento | | | |
| ¿Tiene alguna enfermedad rara, catalogada como tal? | | | |
| ¿Tiene reconocida la situación de dependencia? | | Grado | Año |
| Si la respuesta es afirmativa, Provincia en la que se efectuó el reconocimiento | | | |

VI. UNIDAD FAMILIAR

| Apellido 1 | Apellido 2 | Nombre | DNI/NIE/Pasaporte | Fecha nacimiento | Parentesco | Grado dependencia | Certificado discapacidad |
|------------|------------|--------|-------------------|------------------|------------|-------------------|--------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

VII. CAPACIDAD ECONÓMICA DECLARACIÓN RESPONSABLE ÚNICA

Renta de la Unidad Familiar:

| | Solicitante | Cónyuge | Otros |
|---|-------------|---------|-------|
| Rentas del trabajo, derivadas de actividades económicas | | | |
| Pensiones o prestaciones (jubilación, incapacidad, otras) | | | |
| Rendimientos del capital | | | |

Solicito el reconocimiento de la condición de beneficiario en el caso de plaza de servicio de alojamiento permanente de (deberá cumplimentar el Anexo I de consulta de datos):

| | | | |
|---|-------------------------|--|------------|
| Nombre | Apellido 1 | | Apellido 2 |
| Tipo de identificador DNI NIE Pasaporte Otros | Nº Identificador | | |
| Fecha de nacimiento | País de nacimiento | | |
| Provincia de nacimiento | Municipio de nacimiento | | |
| Nacionalidad | Hija/o de | | |
| Sexo Mujer Hombre | Estado civil | | |
| Teléfono 1 | Teléfono 2 | | |

| | | | |
|---|-------------------------|--|------------|
| Nombre | Apellido 1 | | Apellido 2 |
| Tipo de identificador DNI NIE Pasaporte Otros | Nº Identificador | | |
| Fecha de nacimiento | País de nacimiento | | |
| Provincia de nacimiento | Municipio de nacimiento | | |
| Nacionalidad | Hija/o de | | |
| Sexo Mujer Hombre | Estado civil | | |
| Teléfono 1 | Teléfono 2 | | |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Validación de las preferencias por la trabajadora social | SÍ | NO |
| Informe Social: | | |
| | | |

Nota: La cumplimentación de este apartado no implicará necesariamente el reconocimiento del derecho a la prestación designada por la persona solicitante como preferente, sino que ésta se determinará por parte de los órganos competentes, que verificarán el cumplimiento de los requisitos establecidos para cada tipo de prestación, y que se trata del modo de intervención más idóneo para la persona dependiente según su situación y circunstancia.

IX. SERVICIOS QUE RECIBE LA PERSONA SOLICITANTE

| | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Está ingresado en un centro residencial de forma permanente? | <input type="checkbox"/> Público | <input type="checkbox"/> Privado |
| Denominación del centro | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Se encuentra atendido en un centro de día? | <input type="checkbox"/> Público | <input type="checkbox"/> Privado |
| Denominación del centro | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Se encuentra atendido en un centro de noche? | <input type="checkbox"/> Público | <input type="checkbox"/> Privado |
| Denominación del centro | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Está recibiendo el servicio de ayuda a domicilio? | <input type="checkbox"/> Público | <input type="checkbox"/> Privado |
| Denominación de la prestadora | | |
| Nº Horas/mes | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Está recibiendo el servicio de teleasistencia? | <input type="checkbox"/> Público | <input type="checkbox"/> Privado |
| Denominación de la prestadora | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Está recibiendo el servicio de promoción de la autonomía personal? | <input type="checkbox"/> Público | <input type="checkbox"/> Privado |
| Denominación de la prestadora | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Está recibiendo el servicio de prevención de la dependencia? | <input type="checkbox"/> Público | <input type="checkbox"/> Privado |
| Denominación de la prestadora | | |

| | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Está recibiendo asistencia personal? | | | | |
| Nombre | | Apellido 1 | | Apellido 2 |
| Tipo de identificador | <input type="checkbox"/> DNI | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otros |
| Nº Identificador | | | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene contratado directamente al asistente personal? | | | | |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene contratado el servicio a través de una empresa o entidad privada acreditada? | | | | |
| Denominación de la prestadora | | | | |

| | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? | | | | |
| Nombre | | Apellido 1 | | Apellido 2 |
| Tipo de identificador | <input type="checkbox"/> DNI | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otros |
| Nº Identificador | | | | |
| Relación o parentesco | | | | |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Dispone de un servicio de colaboración con la persona cuidadora no profesional? | Contrato laboral de carácter especial del servicio de hogar con un tercero |
| | Contrato a través de una empresa de prestación de servicios. Nombre de la empresa prestadora: |

X. PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS).
Finalidad: Sus datos de carácter personal serán tratados con el fin exclusivo de la gestión de los procedimientos administrativos para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón **Legitimación:** La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos (conforme con el artículo 6.1.e) del Reglamento General de Protección de Datos). **Destinatarios:** No se comunicarán datos a terceros salvo obligación legal.
Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, ante el IASS sito en Zaragoza, Paseo María Agustín, 16 o en la dirección de correo electrónico iass@aragon.es **Más información:** Podrá consultar información adicional y detallada en el

Registro de Actividades de Tratamiento de Gobierno de Aragón, http://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/ identificando la Actividad de Tratamiento "Atención a la dependencia".

XI. DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña, y que conozco mi obligación de comunicar cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales en lo sucesivo.
- Que pondré en conocimiento de los órganos competentes para la gestión del referido procedimiento cualquier cambio que pueda acaecer en el futuro.
- Que autorizo a los siguientes familiares para acceder al expediente:

| Apellido 1 | Apellido 2 | Nombre | DNI/NIE/Pasaporte | Parentesco | Teléfono |
|------------|------------|--------|-------------------|------------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- Asimismo, ME COMPROMETO a facilitar el acceso al lugar de residencia para el desarrollo de las tareas de valoración y, en su caso, el seguimiento y control de la prestación correspondiente.
- En el caso de actuar como persona guardadora de hecho: que tengo bajo mi guarda y cuidado a la persona para la cual solicito el reconocimiento de dependencia por las razones que a continuación se expresan:
 - Edad avanzada de la persona solicitante del reconocimiento de dependencia.
 - Disminución capacidad de la persona solicitante del reconocimiento de dependencia.
 - Otras razones. Especificarlas:

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma de la persona solicitante o Representante

1) DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A PRESENTAR JUNTO CON LA SOLICITUD (incluso en el caso de que se autorice a la consulta de los datos en poder de las Administraciones Públicas).

1.1. DOCUMENTACIÓN GENERAL:

Autorización para la consulta de datos y firma de la solicitud reconocimiento de la situación y prestaciones de dependencia. (ANEXO I)

Informe de Salud emitido por el Servicio Público de Salud y, en su caso, informes complementarios. (ANEXO II)

Residencia. Documentos para comprobar la residencia de la persona solicitante (en el caso de menores los documentos serán relativos a su madre, padre o tutor):

Certificado de **empadronamiento histórico** o documento oficial que acredite todos los periodos de residencia legal en territorio español.

Certificado de emigrante retornado.

Certificado de Registro de Ciudadano de la Unión (para los miembros de la UE, Islandia, Liechtenstein y Noruega) y Suiza.

Fotocopia de la Tarjeta de residencia en vigor, o caducada con solicitud de renovación presentada desde 60 días antes a la fecha de caducidad hasta 90 días después, o Resolución administrativa de concesión de la autorización de residencia y/o trabajo.

Representación. En los casos en que la persona solicitante actúe a través de representante legal, deberá aportar el documento que corresponda:

Fotocopia de la sentencia de incapacitación de la persona solicitante.

Fotocopia del Auto de Aceptación del cargo de Tutor/a.

Fotocopia del Poder notarial.

En los casos personas menores de edad, deberá aportar:

Fotocopia del Libro de Familia o del Auto de Acogimiento o Adopción.

(Importante: cuando actúa como guardador de hecho no deberá aportar documento).

- **Cuenta bancaria:** Para presentar la solicitud deberá llevar un recibo, extracto de cuenta, etc. Donde figure el número de cuenta de la persona que solicita la dependencia. En la cuenta aportada debe aparecer como titular la persona solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia.

En el caso de solicitudes de menores o personas incapacitadas es importante precisar que también deben figurar como titular en la cuenta bancaria donde se abone la prestación.

Con la firma de la solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en este número de cuenta las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la participación económica en los servicios que le pudieran corresponder.

- **Documentos para determinar la capacidad económica:** **SÓLO** cuando el solicitante o su cónyuge fueren perceptores de pensiones o prestaciones públicas del ISFAS, MUFACE, MUGEJU o de pensiones o prestaciones públicas de otros Estados:

Certificado emitido por la Entidad Pagadora correspondiente con sus importes anuales y revalorizaciones o documentación acreditativa de las mismas.

1.2. DOCUMENTACIÓN SI DESEA ACCEDER A LA PRESTACIÓN ECONOMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO (cuidados por un familiar o cuidador no profesional):

Declaración responsable de la persona cuidadora (ANEXO III)

Documentación que acredite el parentesco o la relación entre la persona solicitante y la cuidadora. Puede presentar libro de familia o en su defecto partida de nacimiento.

1.3. DOCUMENTACIÓN PARA ACCEDER A LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DESTINADA CONTRIBUIR A FINANCIAR LOS GASTOS DE LA RESIDENCIA U OTROS SERVICIO PRIVADO QUE ESTA RECIBIENDO O TIENE RESERVADO (siempre que no haya no haya servicio público disponible).

Certificado del Centro o empresa prestadora del servicio, en el que conste total mensual del mismo (con IVA incluido), régimen de estancia/intensidad y la fecha de inicio del servicio (sellado y firmado) (ANEXO IV).

1.4. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN EL SUPUESTO DE DISPONER DE ASISTENTE PERSONAL:

Copia del contrato suscrito con la persona asistente personal o el centro prestador y factura del coste.

1.5. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN EL SUPUESTO DE DISPONER DE CONTRATO CON UN TERCERO PARA COLABORAR CON LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESIONAL EN LAS TAREAS DEL HOGAR (Solo uno de los siguientes documentos) :

Copia del contrato laboral de carácter especial del servicio de hogar, por parte de la persona dependiente y un tercero.

Copia del contrato entre la persona dependiente y una empresa de prestación de servicios, en el que quede acreditada la realización de tareas de domésticas para la persona dependiente.

2) DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR SOLAMENTE EN EL SUPUESTO DE QUE EL SOLICITANTE, SU REPRESENTANTE O MIEMBROS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA SE OPONGAN LA CONSULTA DE DATOS EN PODER DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Discapacidad. En su caso, acreditación de la discapacidad de la persona solicitante y de los miembros de la unidad de convivencia que hubiesen alegado discapacidad.

Fotocopia del certificado de reconocimiento del grado de discapacidad.

Determinación de la capacidad económica.

Declaración del IRPF de cada uno de los miembros de la unidad de convivencia o certificación negativa.

Si no han presentado declaración del IRPF:

- Documentación acreditativa de los rendimientos percibidos.
- Certificados de los ingresos o pensiones percibidas.

Certificación del Registro de Catastro Inmobiliario respecto a la persona solicitante.