CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

ORDEN de 23 de abril de 2007, por la que se aprueba el modelo de solicitud del Procedimiento para el Reconocimiento de la Situación de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Publicado en el Boletín Oficial del Estado de 21 de abril de 2007 el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, procede la aprobación del modelo de solicitud del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En su virtud, en uso de las atribuciones conferidas, de conformidad con lo establecido en los artículos 21 y 46 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía

D I S P O N G O

Artículo único. Aprobación.

Se aprueba el modelo de solicitud del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y, en su caso, del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía, que se adjunta como Anexo.

Disposición final única. Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 23 de abril de 2007

MICAELA NAVARRO GARZÓN
Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

ANVERSO Hoja 1 de 2 ANEXO

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

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.
(BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

Decreto ..... / ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha .....)

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

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE SU REPRESENTACIÓN LEGAL

1.1 DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIF/NIE/PASAPORTE/OTRO
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO ☐ HOMBRE ☐ MUJER	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	
TIENE SEGURIDAD SOCIAL	☐ SI ☐ TITULAR ☐ BENEFICIARIO/A ☐ NO ☐ MUFACE ☐ MUGEJU ☐ ISFAS	Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL			DNI/NIF/CIF/NIE/PASAPORTE/OTRO
RELACIÓN CON LA PERSONA INTERESADA	☐ REPRESENTANTE LEGAL	☐ GUARDADOR/A DE HECHO	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO	

1.2 DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

- Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia: ☐ **SI** ☐ **NO**
  En caso afirmativo, indique la localidad en que lo solicitó: ..... y año: .....
- Tiene reconocido grado de minusvalía: ☐ **SI** ☐ **NO**
  En caso afirmativo, indique la localidad donde se efectuó: ..... y año: .....
- Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida: ☐ **SI** ☐ **NO**
  En caso afirmativo, indique la localidad donde se efectuó: ..... y año: .....
- Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez: ☐ **SI** ☐ **NO**
  En caso afirmativo, indique la localidad donde se efectuó: ..... y año: .....

1.3 DATOS DE RESIDENCIA

- Es usted emigrante andaluz/andaluza retornado/a: ☐ **SI** ☐ **NO**
  En caso afirmativo, indique la fecha del retorno definitivo: .....
- En la actualidad reside legalmente en Andalucía: ☐ **SI** ☐ **NO**
- 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**

En caso afirmativo, indique:

PERÍODOS	LOCALIDAD	PROVINCIA/COMUNIDAD
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2 DATOS DE CONVIVENCIA

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

APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE

0 0 0 1 2 6 3

REVERSO **Hoja 1 de 2** **ANEXO**

INSTRUCCIONES PARA SU CUMPLIMENTACIÓN

- ANTES DE ESCRIBIR, LEA ATENTAMENTE 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.

1.- DATOS PERSONALES.

- En este apartado se consignarán todos los datos personales de la persona solicitante.
  Sí usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

2.- REPRESENTANTE LEGAL

- Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta a la solicitante, que ostente la condición de representante legal o guardador/a de hecho; en este último caso deberá cumplimentar el modelo que, al efecto, le será facilitado.

3.- 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.

4.- DATOS DE RESIDENCIA.

- Relacione los períodos 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 períodos de residencia en dichos paises.
- Si la persona 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.

AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN TELEMÁTICA

☐ 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 usuario de firma electrónica reconocido).

0 0 1 2 6 3

Hoja 2 de 2 **ANEXO**

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

3 OTROS DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

- Está siendo atendida en su domicilio: ☐ **SI** ☐ **NO**

En caso afirmativo, indique los servicios que actualmente se le prestan, así como Organismo o entidad prestataria:

☐ Teleasistencia: .....

☐ Ayuda a domicilio: .....

– Está siendo atendida en su domicilio por familiar o persona de su entorno: ☐ **SI** ☐ **NO**

En caso afirmativo, indique los siguientes datos:

DATOS PERSONALES DEL/DE LA CUIDADOR/A NO PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE
NACIONALIDAD	RELACIÓN (Indique parentesco o relación)	FECHA DESDE LA QUE RESIDE EN LA LOCALIDAD
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA/COMUNIDAD	CÓD. POSTAL

– Se encuentra usted atendida en un Centro de Día o Centro de Noche: ☐ **SI** ☐ **NO**

En caso afirmativo, indique los siguientes datos:

Denominación del Centro: .....

Nombre del Organismo o Entidad Titular: .....

Dirección del Centro: .....

Localidad: .....

– Se encuentra usted atendida en un Centro Residencial: ☐ **SI** ☐ **NO**

En caso afirmativo, indique los siguientes datos:

☐ Temporal ☐ Permanente

Denominación del Centro: .....

Nombre del Organismo o Entidad: .....

Dirección del Centro: .....

Localidad: .....

- Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal: ☐ **SI** ☐ **NO**

4 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia compulsada)

☐ DNI/NIE/PASAPORTE de la persona solicitante.

☐ DNI/NIE/PASAPORTE del/de la representante legal o guardador/a de hecho, en su caso.

☐ Documentación acreditativa de la representación que ostenta, copia de la sentencia que la declare o modelo de declaración de guardador/a de hecho, en su caso.

☐ Certificado de empadronamiento acreditativo del período de residencia de la persona solicitante.

5 AUTORIZACIÓN EXPRESA

La persona solicitante autoriza:

☐ A que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados concuerden con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.

☐ A la Administración competente a que solicite el informe del Sistema Sanitario Público de Andalucía sobre mi salud, 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 la personas en situación de dependencia, conforme al modelo que reglamentariamente se establezca.

☐ El suministro de datos de carácter tributario a los órganos correspondientes de la Consejería competente en materia de servicios sociales a los efectos de obtención y comprobación de los datos exigidos para la gestión de las prestaciones de dependencia.

0 0 1 2 6 3

6 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y queda enterada de la obligación de comunicar a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social correspondiente cualquier cambio que pudiera producirse en lo sucesivo.

En ..... a ..... de ..... de .....

EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: .....

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE .....

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 Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del 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 Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Avda. de Hytasa, 14. 41071 - SEVILLA.