



## Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia

### 1.- Datos de el/la solicitante:

NIF / NIE			Nombre			
Primer apellido			Segundo apellido			
Fecha nacimiento			Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Estado civil		
NIF / NIE cónyuge			Nombre y Apellidos cónyuge			
Nacionalidad			Segunda nacionalidad			
Domicilio	Tipo de vía			Nombre de vía		
Número		Bloque		Escalera		Piso
						Puerta
CP	Localidad		Provincia			
Tfno fijo	Tfno móvil		Correo electrónico			

### 2.- Datos de el/la representante:

NIF / NIE			Nombre			
Primer apellido			Segundo Apellido			
Tfno fijo		Tfno móvil		Correo electrónico		
Relación con solicitante			Representante legal:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

### 3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)					
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado					
	Tipo de vía			Nombre de vía		
	Número		Bloque		Escalera	
					Piso	
					Puerta	
					CP	
	Localidad			Provincia		País

### 4.- Otros datos de el/la solicitante:

#### 4.1.- Datos sobre la situación de dependencia:

¿Tiene reconocido grado de discapacidad?			<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de discapacidad y el porcentaje:						
<input type="radio"/> Física	%	<input type="radio"/> Intelectual	%	<input type="radio"/> Física-Intelectual	%	<input type="radio"/> Enfermedad mental (*)
¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona (ATP)?			<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa, indique los puntos ATP que tiene reconocidos						
¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?			<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No

(\*) Si se señala esta opción no habrá que cumplimentar la ficha de trámite de consulta, ya que el acceso al servicio de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario para personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica se realiza a través de los servicios de salud mental.

#### 4.2.- Datos sobre prestaciones públicas:

¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa indique:				
NOMBRE Y APELLIDOS PERCEPTOR	NIF/NIE	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE	
			OINSS OISFAS OMUFACE OMUGEJU (Reg. Gral.)	
¿Percibe algún tipo de prestación pública de algún Régimen Especial de la Seguridad Social?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa indique:			CUANTIA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE
				OISFAS OMUFACE OMUGEJU



# Comunidad de Madrid

## 5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
DNI/NIE del solicitante en vigor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DNI/NIE del representante en vigor, en su caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que el solicitante reside en un municipio de la Comunidad de Madrid, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	<input type="checkbox"/>	
En el caso de extranjeros no comunitarios, certificado del Ministerio del interior que acredite que el solicitante dispone de residencia legal en España, y que la ha tenido al menos por cinco años, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	<input type="checkbox"/>	
Informe de salud actualizado	<input type="checkbox"/>	
Informe social (aportar por la entidad local)	<input type="checkbox"/>	
En el caso de que el solicitante sea pensionista de gran invalidez, copia del documento que lo acredite.	<input type="checkbox"/>	
En el caso de tener reconocido algún grado de discapacidad:	• Documento emitido por el órgano competente de la Comunidad de Madrid que lo acredite.	<input type="radio"/>
	• Documento emitido por el órgano competente de otra Comunidad Autónoma que lo acredite.	<input type="checkbox"/>

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

## 6.- Entidad bancaria (\*):

Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta

(\*) En la cuenta aportada debe aparecer como titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia.

Con la firma de esta solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en esta cuenta corriente/libreta de ahorro las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, como pago de la estancia en un centro de atención residencial a personas mayores perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid.

## 7.- Declaración del solicitante / representante:

<input type="checkbox"/>	(Marque la casilla si está conforme) DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente. - Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho. - Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.
--------------------------	---



# Comunidad de Madrid

## Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

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

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la citada Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento ante el cual el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DESTINATARIO**