

# Solicitud de acceso a los servicios sociales y de valoración de la situación de dependencia

Para personas con más de seis años y para menores entre tres y seis años que estén escolarizados

## I. Datos de la persona interesada

Apellido 1º: \_\_\_\_\_ Apellido 2º: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Varón  Mujer   
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

¿Está ingresado en un centro residencial de forma permanente? Sí  No

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Si **NO** desea continuar siendo atendido en un centro residencial señale la siguiente casilla:

*Domicilio en el que reside actualmente:*

Calle/Plaza: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

## II. Datos de la persona que le representa

Apellido 1º: \_\_\_\_\_ Apellido 2º: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Representante en calidad de padre/madre o tutor de menor de 18 años \_\_\_\_\_   
 Como representante voluntario \_\_\_\_\_   
 Como representante legal \_\_\_\_\_   
 Como representante de presunto incapaz \_\_\_\_\_

## III. Domicilio a efectos de notificaciones

*Obligatorio en caso de que exista representante.*

Domicilio (Calle/Plaza): \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_  
 País (sólo en el caso de ser diferente de España): \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

## IV. Datos de residencia

*No es necesario cumplimentar este apartado si ya tiene reconocida la situación de dependencia*

¿Ha residido legalmente en España durante cinco años? \_\_\_\_\_ Sí  No

¿De estos cinco años, dos han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? \_\_\_\_\_ Sí  No

*Si la respuesta es afirmativa indique las localidades en las que ha estado empadronado en dichos periodos*

Períodos	Municipio	Provincia

*Si alguna de las respuestas anteriores ha sido negativa indique: ¿Es emigrante retornado? Sí  No*

*En caso afirmativo debe presentar la acreditación de la situación de emigrante retornado.*

## V. Objeto de la solicitud

Puede seleccionar la opción A), la opción B), o las dos.

### A) Valoración o revisión de la situación de dependencia

Para personas que no tengan reconocida la situación de dependencia, o para aquellas que teniéndola reconocida, solicitan una revisión por empeoramiento.

(Si solicita revisión por mejoría, marque esta casilla: ).

¿Tiene una valoración anterior vigente reconociendo el grado y nivel de dependencia? \_\_\_\_\_ Sí  No

> Indique la provincia de reconocimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad? \_\_\_\_\_ Sí  No

> Indique la provincia de reconocimiento: \_\_\_\_\_

¿Es perceptor de pensión contributiva de gran invalidez? \_\_\_\_\_ Sí  No

### B) Prestaciones (servicios y prestaciones económicas)

No tengo reconocidas prestaciones

Tengo reconocidas prestaciones en Castilla y León y deseo modificarlas por otras.

Tengo reconocida la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y solicito un cambio de cuidador no profesional.

Procedo de otra Comunidad Autónoma, con grado y nivel reconocido, y deseo que se me reconozcan prestaciones en Castilla y León, por traslado de domicilio.

Solicito el acceso a un servicio público. (Ver hoja de instrucciones)

## VI. Prestaciones que solicita

Solicito el reconocimiento de:

### 1. Servicios

	Recibe el servicio público y desea continuar recibiendo (1)	No recibe el servicio público y desea recibirlo (2)	Desea recibir la prestación económica vinculada al servicio
Servicio de Promoción de la autonomía personal (ver hoja de instrucciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teleasistencia (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda a domicilio (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro residencial permanente (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Los servicios públicos son prioritarios sobre las prestaciones económicas. Si recibe un servicio público y excepcionalmente no quiere seguir recibiendo, indique: servicio que recibe: \_\_\_\_\_ motivos para la renuncia: \_\_\_\_\_

(2) Si marca esta opción debe adjuntar el Anexo correspondiente (A, B, C o D). Si presenta el Anexo C o el Anexo D, hasta que acceda al servicio público, puede solicitar la prestación vinculada u otra prestación económica.

(3) El servicio de teleasistencia es compatible con otros servicios y prestaciones, excepto con el centro residencial.

(4) En el caso de que reciba el servicio de ayuda a domicilio a través de ISFAS y desee seguir recibiendo, marque aquí

(5) Si desea información sobre el servicio de centro de noche, puede solicitarla en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

### 2. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar

Deseo que se me reconozca la prestación económica de cuidados en el entorno familiar o un cambio de cuidador. Si marca esta opción debe rellenar el Anexo E.

### 3. Prestación económica de asistencia personal

Deseo que se me reconozca una prestación económica para el pago de los gastos derivados de la atención proporcionada por un asistente personal.

## VII. Datos de la unidad familiar

Cónyuge  Pareja de hecho

Apellido 1º: \_\_\_\_\_ Apellido 2º: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Régimen económico del matrimonio: Régimen de gananciales  Régimen de separación de bienes  (1)

(1) En este caso, deberá presentar documento acreditativo.

La información anterior debe cumplimentarla también en el caso de que su cónyuge/pareja de hecho haya fallecido en los dos años anteriores a esta solicitud. En tal caso, indique la fecha del fallecimiento: \_\_\_\_\_

HIJOS MENORES DE 20 AÑOS CON INGRESOS ANUALES INFERIORES A 8.000 EUROS. (Se incluirán también los menores que se encuentren en situación de acogimiento declarado por resolución judicial o administrativa).

1. Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

4. Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## VIII. Capacidad económica

1. Pensiones que percibe el interesado: \_\_\_\_\_

El cónyuge/pareja de hecho: \_\_\_\_\_

Si percibe alguna/s de las pensiones o prestaciones que se relacionan en la tabla siguiente, debe indicar la entidad pagadora y la cuantía recibida.

Tipo de pensión o prestación	Interesado				Cónyuge/pareja de hecho			
	Entidad pagadora (1)	Cuantía anual			Entidad pagadora (1)	Cuantía anual		
		Año en curso (2)	Año anterior	Dos años antes		Año en curso (2)	Año anterior	Dos años antes
Pensión no contributiva (3)								
Gran Invalidez (3)								
Incapacidad permanente absoluta								
Orfandad								
Prestación por hijo a cargo (3)								
Otras prestaciones sociales exentas de IRPF (4)								
Otros ingresos (pensiones del extranjero, compensatorias, etc.) (5)								

(1) INSS, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, Clases Pasivas, etc.

(2) Si no conoce la cuantía anual, multiplique la cuantía mensual de este año por el número de pagas.

(3) Si con posterioridad a esta solicitud comienza a percibir alguna de estas prestaciones o varía su importe, deberá comunicarlo mediante escrito dirigido a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.

(4) Señale el tipo de prestación: \_\_\_\_\_

(5) Señale el tipo de ingreso: \_\_\_\_\_

## 2. Disposiciones patrimoniales

*Donaciones, ventas y otras disposiciones patrimoniales a favor de su cónyuge, persona de análoga relación de afectividad al cónyuge o parientes hasta el cuarto grado inclusive. De cada concepto recogido en este apartado, deberá indicar en declaración responsable: identificación del bien, derecho, renta o deuda; importe; destinatario (nombre, apellidos, DNI y relación de parentesco) y fecha en la que se realizó.*

A efectos de lo establecido en la Ley 41/2007 (disposición adicional quinta) comunico que en los cuatro años anteriores he realizado las disposiciones patrimoniales que indico en la declaración responsable que adjunto a esta solicitud.

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:** Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y muestro mi conformidad con la utilización en este procedimiento de los datos y la información relativa a mis solicitudes y demandas de servicios sociales, así como de las valoraciones e informes existentes para el acceso al sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, a los efectos de asegurar una correcta valoración de mi situación personal, familiar y social.

**AUTORIZO** a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León para la obtención telemática de la información contenida en el documento nacional de identidad y en el certificado de empadronamiento, así como de los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.

Sí  No *(Marcar sólo si no autoriza. Si no autoriza las consultas anteriores, deberá aportar la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de esta solicitud).*

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

**Declaro conocer mi obligación de comunicar** por escrito a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales: domicilio, cuidador, servicios públicos recibidos, pensiones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del interesado / representante legal / representante de presunto incapaz

Firma del representante voluntario

**Autorización del cónyuge o pareja de hecho para la obtención telemática** de la información contenida en el documento nacional de identidad y de los datos económicos necesarios para la determinación de la capacidad económica de la persona interesada

Sí  No *(Marcar sólo si no autoriza)*

*En caso de matrimonio con régimen económico de gananciales, si no autoriza deberá aportar la documentación que se indica en las instrucciones para el cumplimiento de esta solicitud.*

*En caso de separación de bienes o pareja de hecho, si no autoriza, debe aportar copia compulsada del documento nacional de identidad (DNI) y se entenderá que es económicamente independiente, no computando a efectos del cálculo de la capacidad económica de la persona interesada.*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del cónyuge o pareja de hecho

Gerente Territorial de Servicios Sociales de la provincia de \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_

**Anexo A. Acceso al servicio público de ayuda a domicilio****Para personas que se encuentran en situaciones de dificultad o falta de autonomía personal y dependencia****Solicita el servicio de ayuda a domicilio** Actualmente no lo recibe  Actualmente lo recibe

Ayuntamiento/Diputación donde lo está recibiendo

Autorizo al Ayuntamiento/Diputación para la obtención telemática de la información contenida en el documento nacional de identidad y en el certificado de empadronamiento, así como de los datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica.

Sí  No *(Marcar sólo si no autoriza. Si no autoriza las consultas anteriores, deberá aportar la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de esta solicitud).*

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del interesado / representante legal / representante de presunto incapaz

Nombre y apellidos:

\_\_\_\_\_

Firma del representante voluntario

Nombre y apellidos:

\_\_\_\_\_

**Datos del cónyuge o pareja de hecho:**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

**Autorización del cónyuge o pareja de hecho para la obtención telemática** de la información contenida en el documento nacional de identidad y de los datos económicos necesarios para la determinación de la capacidad económica de la persona interesada.

Sí  No *(Marcar sólo si no autoriza. Si no autoriza las consultas anteriores, deberá aportar la documentación que se indica en las instrucciones para la cumplimentación de esta solicitud).*

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del cónyuge o pareja de hecho

AYUNTAMIENTO/DIPUTACIÓN DE \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_

**Anexo B. Acceso al servicio público de teleasistencia****Solicita el servicio de teleasistencia:**

	Marcar la casilla correspondiente	Ayuntamiento o Diputación Provincial donde ha tramitado su solicitud
Ya lo recibe y desea seguir recibéndolo	<input type="checkbox"/>	_____
Lo ha solicitado al margen de la solicitud de valoración de dependencia, pero aún no lo recibe y desea recibirlo	<input type="checkbox"/>	_____
No lo recibe, no lo ha solicitado, y desea recibirlo (*)	<input type="checkbox"/>	

(\*) Si marca esta opción, deberá rellenar los datos complementarios siguientes

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del interesado / representante legal / representante de presunto incapaz

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Firma del representante voluntario

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

AYUNTAMIENTO/DIPUTACIÓN DE \_\_\_\_\_

**Datos complementarios del servicio público de teleasistencia**

(Rellenar sólo en caso de no haber solicitado anteriormente este servicio)

**Datos personales**

Nº de personas que conviven en el domicilio: \_\_\_\_\_

**Datos sanitarios – Sistema de Salud** SACYL      Nº de afiliación a la Seguridad Social: \_\_\_\_\_Otras entidades prestatarias       ISFAS       MUFACE       Otros: \_\_\_\_\_

Nº de afiliación: \_\_\_\_\_

Tlf. Urgencias de ambulancia: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

**Médico de cabecera**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de cita: \_\_\_\_\_ Teléfono de urgencia: \_\_\_\_\_

**Datos de personas de contacto**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telf. Fijo: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Telf. Móvil: \_\_\_\_\_

Tiene llaves de su domicilio:  Sí  No**Estado de salud**

Enfermedades / Operaciones / Alergias: \_\_\_\_\_

Medicación (Nombre y dosis): \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_

## Anexo C. Acceso al servicio público autonómico de centro residencial / estancias diurnas, para personas mayores

### Solicita plaza de centros de día en:

1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ 3º \_\_\_\_\_

Cualquier centro con plazas públicas de la localidad de: \_\_\_\_\_

### Solicita plaza de centro residencial en:

1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ 3º \_\_\_\_\_

4º \_\_\_\_\_ 5º \_\_\_\_\_ 6º \_\_\_\_\_

 Todos los centros de la provincia de: \_\_\_\_\_
  Todos los centros de Castilla y León.

 Sólo desea recibir atención como centro de noche

Si esta solicitud se formula conjuntamente con la de otras personas, indicar sus datos:

Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_ Convive con el solicitante: Sí  No 

Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_ Convive con el solicitante: Sí  No 

Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_ Convive con el solicitante: Sí  No 

*En el caso de que la vivienda habitual del solicitante antes de ingresar en un centro residencial, fuera de su propiedad y en la misma deban continuar residiendo su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes mayores de 65 años, hijos, o personas vinculadas por razón de tutela y/o acogimiento menores de 25 años o mayores de tal edad en situación de dependencia o con discapacidad, deberá rellenar los siguientes datos:*

Dirección completa de la vivienda: \_\_\_\_\_

### Otras personas que conviven con el solicitante:

Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_

Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_

Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_

En el caso de que el solicitante tenga cónyuge en régimen de gananciales, deberá firmar la siguiente autorización (si el cónyuge ha solicitado también el ingreso en centro no es necesaria la firma en este apartado):

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ expreso mi conformidad a la participación de la financiación del coste de la estancia de mi cónyuge.

Firma del cónyuge

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_

## Anexo D. Acceso al servicio público autonómico de centro residencial / centro de día, para personas con discapacidad

### Solicita plaza de centros de día en:

Solicita un centro en concreto  1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

Todos los centros de la entidad: \_\_\_\_\_

 Todos los centros de la provincia de: \_\_\_\_\_  Todos los centros de Castilla y León.

### Solicita plaza de centro residencial en:

Solicita un centro en concreto  1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

Todos los centros de la entidad: \_\_\_\_\_

 Todos los centros de la provincia de: \_\_\_\_\_  Todos los centros de Castilla y León.

**Nota Aclaratoria:** El centro residencial y el centro de día son servicios compatibles para un mismo usuario.

### Si el solicitante vive en un domicilio particular, relación de personas con las que convive:

1. Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_

2. Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_

3. Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación de parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección completa de la vivienda: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO** a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la información contenida en el Documento Nacional de Identidad, así como para que se realicen consultas a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a otros ficheros públicos para acreditar cuántos datos sean necesarios.

Firma del conviviente 1

Firma del conviviente 2

Firma del conviviente 3

Fdo.:

Fdo.:

Fdo.:

 Sí  No

(Marcar sólo si no autoriza)

 Sí  No

(Marcar sólo si no autoriza)

 Sí  No

(Marcar sólo si no autoriza)

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán al fichero automatizado "Usuarios de los servicios sociales de Castilla y León", creado para gestionar el acceso unificado a las prestaciones sociales de Castilla y León, cuyo tratamiento se realizará conforme a la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El responsable del Fichero es la Gerencia de Servicios Sociales ante la que el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y oposición.

En el caso de que el solicitante tenga cónyuge en régimen de gananciales, deberá firmar la siguiente autorización (si el cónyuge ha solicitado también el ingreso en centro no es necesaria la firma en este apartado):

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ expreso mi conformidad a la participación de la financiación del coste de la estancia de mi cónyuge.

Firma del cónyuge



Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ DNI/NIE \_\_\_\_\_

**Anexo E. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar**

*Si está siendo atendido en su entorno familiar, no recibe un servicio incompatible y desea que se le reconozca esta prestación o un cambio de cuidador, señale sus datos. No puede elegir esta prestación si en el apartado VI ha solicitado prestación económica vinculada para algún servicio.*

**Datos del cuidador:**

Apellido 1º: \_\_\_\_\_ Apellido 2º: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Indique el parentesco del cuidador con la persona dependiente: \_\_\_\_\_

> Si no existe parentesco, ¿el cuidador lleva más de un año viviendo en su mismo municipio o en otro vecino? \_\_\_\_\_  Sí  No

Indique en qué situación se encuentra la persona que desempeña los cuidados:

- > En situación de alta y cotización de activo en la Seguridad Social \_\_\_\_\_
- > En situación de alta y cotización de activo en otros sistemas de protección social \_\_\_\_\_
- > Percibe prestación de desempleo o subsidio para mayores de 52 años (si percibe otro subsidio por desempleo **no** marque esta opción) \_\_\_\_\_
- > Percibe pensión de jubilación o de incapacidad permanente \_\_\_\_\_
- > Es mayor de 65 años y percibe pensión de viudedad o en favor de familiares \_\_\_\_\_
- > En situación de excedencia que computa como cotizado \_\_\_\_\_
- > No se encuentra en ninguna de las situaciones anteriores \_\_\_\_\_

**Si pertenece al sistema de la Seguridad Social, indique su número de afiliación:** N° \_\_\_\_\_**Si está siendo atendido de forma rotatoria por varios cuidadores, marque aquí  y complete:**

Periodo de atención continuada por cada cuidador (si son periodos iguales) \_\_\_\_\_

Si cada cuidador presta los cuidados en periodos de duración diferente, o en domicilios diferentes, identifique el nombre y apellidos del cuidador, el periodo continuado en el que presta los cuidados, y el domicilio en el que los presta:

Cuidador 1: \_\_\_\_\_ periodo: \_\_\_\_\_  
Domicilio completo: \_\_\_\_\_Cuidador 2: \_\_\_\_\_ periodo: \_\_\_\_\_  
Domicilio completo: \_\_\_\_\_Cuidador 3: \_\_\_\_\_ periodo: \_\_\_\_\_  
Domicilio completo: \_\_\_\_\_Señale si está recibiendo teleasistencia y desea continuar con ella \_\_\_\_\_ 

**Autorización del cuidador para la obtención telemática** de la información contenida en el documento nacional de identidad, en el certificado de empadronamiento y de los datos referentes a la situación de alta en cotización a efectos de la suscripción del convenio especial con la Seguridad Social.

Sí  No (Marcar sólo si no autoriza. Si no autoriza las consultas anteriores, deberá aportar, junto con la solicitud, copia compulsada del DNI y certificado de empadronamiento).

Firma del cuidador