

ANEXO I



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 Día Mes Año		SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		
DOMICILIO (Calle / Plaza)			Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA			COMUNIDAD AUTÓNOMA			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		CORREO-E				
¿ TIENE SEGURIDAD SOCIAL ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario		Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL				

2. Datos sobre la situación de dependencia

2.1 ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó: y año	
2.2 ¿Tiene reconocido grado de minusvalía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó: y año	
2.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día mes año		
3.2 ¿Reside legalmente en la actualidad en España ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3.3 ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	IDENTIFICACIÓN		FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON SOLICITANTE
		<input type="checkbox"/> DNI/NIF	<input type="checkbox"/> NIE		

III CAPACIDAD ECONÓMICA

1. Datos sobre la renta

- 1.1 Se deberá adjuntar la última declaración de la renta
- 1.2 Si no estuviese legalmente obligado a realizar dicha declaración presentará documentos acreditativos de las rentas percibidas durante el año por el trabajo, prestaciones sociales, rentas derivadas de actividades económicas, rentas del capital, ganancias y plusvalías.

2. Datos sobre el patrimonio

- 2.1 ¿ Realiza usted Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio ? Sí No
- 2.2 ¿ 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

- 3.1 ¿ Percibe una pensión de gran invalidez ? Sí No
- 3.2 ¿ Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona ? Sí No
- 3.3 ¿ Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI ? Sí No
- 3.4 ¿ Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona ? Sí No

Si la respuesta 3.4 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

IV OTROS DATOS									
1. ¿Está siendo atendido en su domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Si la respuesta es afirmativa señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como Organismo o entidad prestataria:									
<input type="checkbox"/> Teleasistencia _____									
<input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio _____									
¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:									
DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL									
NOMBRE Y APELLIDOS		IDENTIFICACIÓN			NACIONALIDAD	Relación (indique parentesco o relación)			
		<input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro							
		Nº							
DOMICILIO (Calle / Plaza)				Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA/COMUNIDAD		¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha)					
2. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día o Centro de Noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente									
Denominación del Centro									
Nombre del organismo o entidad									
Dirección del Centro									
Localidad									
4. ¿Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> CIF			
						Nº:			
DOMICILIO (Calle / Plaza)				Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD		PROVINCIA		COMUNIDAD AUTÓNOMA		TELÉFONO			
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 Territorial del IMSERSO, 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 el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 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 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 el solicitante tiene nacionalidad de algún país de la Unión Europea, indique los períodos 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. En este apartado deberá adjuntar la última declaración de la renta y patrimonio.

2. Si no estuviese legalmente obligado a realizar dicha declaración presentará documentos acreditativos de las rentas percibidas durante el año por el trabajo, prestaciones sociales, rentas derivadas de actividades económicas, rentas del capital, ganancias y plusvalías.

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
- Fotocopia compulsada del DNI/ NIE/Pasaporte del solicitante.
- Declaración de la Renta.

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.

ANEXO II



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)

INFORME DE SALUD DE LA PERSONA

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre	Fecha Nacimiento	DNI/NIE/Pasaporte	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

1.-Indique los diagnósticos de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, crónico, prolongado de larga duración que presenta:

Diagnóstico	Código CIE 10

2.-En el caso de niños entre 0 y 6 meses, indique el peso al nacimiento en gramos: _____

3.-Indique los tratamientos actuales que tiene prescritos:

Farmacológico	
Psicoterapéutico	
Rehabilitador	
Higiénico-dietético	
Otros	

4.- Indique las medidas de soporte funcional, soporte terapéutico y/o ayudas técnicas que tiene prescritas:

--

5.- Si entre las patologías descritas, alguna cursa en brotes, indíquela:

Patología	Frecuencia en el último año

6.-Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si la situación actual de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses:

- Se mantendrá más o menos igual.
 Mejorará
 Empeorará

Informe emitido por D/Dª.....
 Facultativo dependiente del Organismo:

Sello o etiqueta adhesiva	Fecha y Firma

ANEXO III


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)

INFORME SOCIAL

Informe emitido por Trabajador/a Social _____

Identificación Centro o Servicio _____

Persona/s entrevistada/s: Nombre y apellidos _____

Fecha y lugar de la entrevista _____

DATOS IDENTIFICATIVOS		
NOMBRE	APELLIDOS	EDAD
DNI/NIE	DOMICILIO	
LOCALIDAD _____	PROVINCIA _____	CP _____
TELEFONO _____	CORREO ELECTRONICO _____	
COBERTURA SANITARIA		
SEG. SOCIAL <input type="checkbox"/>	OTRO SISTEMA DE ATENCION SANITARIA _____	
TARJETA SANITARIA Nº _____	CENTRO DE SALUD _____	
DOMICILIO HABITUAL		
VIVE EN CENTRO RESIDENCIA SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL CENTRO _____	DIRECCION _____	
LOCALIDAD _____	PROVINCIA _____	CP _____
TELEFONO _____	CORREO ELECTRONICO _____	
CAPACIDAD LEGAL:		
INCAPACITADO LEGALMENTE SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
PRESUNTO INCAPAZ CON GUARDADOR DE HECHO SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
MENOR DE EDAD SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Si la respuesta ha sido SI en cualquiera de los tres apartados:		
REPRESENTANTE, NOMBRE Y APELLIDOS/RAZON SOCIAL _____		
DNI/NIE/NIF _____	TELEFONO _____	EMAIL _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	PROVINCIA _____
NIVEL DE OCUPACION		
TRABAJA: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
PROFESION: _____		
LUGAR DE TRABAJO _____	HORARIO: _____	
ACUDE A GUARDERIA O CENTRO ESCOLAR SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
HORARIO: _____		
NECESITA APOYO PARA DESPLAZARSE AL MISMO SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

OTRAS INFORMACIONES DE INTERES			
ANTECEDENTES			
1. HISTORIA SOCIAL SI <input type="checkbox"/> CENTRO DE SS. SOCIALES _____			
NO <input type="checkbox"/>			
INFORMES SOCIALES ANTERIORES SI <input type="checkbox"/> PROCEDENCIA ¹ _____			
ORGANIZACIÓN _____			
PROFESIONAL _____			
NO <input type="checkbox"/>			
2. VALORACION DE DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> PROVINCIA _____ AÑO _____			
GRADO _____ % VALIDEZ _____			
RECONOCIDA NECESIDAD DE 3ª PERSONA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
RECONOCIDO SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y GASTOS DE TRANSPORTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
3. PRESTACIONES SOCIALES QUE RECIBE:			
CENTRO RESIDENCIAL			
TIPO DE PLAZA ²	TITULARIDAD ³	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO
APOYO EN CENTRO ESPECIALIZADO			
TIPO DE CENTRO Y PLAZA	TITULARIDAD	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO
APOYO EN DOMICILIO			
PRESTACION	INTENSIDAD	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO

¹ Entidad Publica o Privada

² Asistida, psicogerítrica, discapacidad física, intelectual, enfermedad mental

³ Privada, Publica o concertada

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS				
PRESTACION	TITULARIDAD	INTENSIDAD	COSTE MENSUAL	APORTACION USUARIO

1. CONVIVENCIA
 EL SOLICITANTE VIVE EN SU DOMICILIO SI NO ⁴
 LA PERSONA ROTA POR VARIOS DOMICILIOS SI NO

NOMBRE	EDAD	RELACION	CUIDADOS QUE PRESTA	INTENSIDAD

2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS APOYOS:

- RECIBE APOYO FAMILIAR DIARIO SI NO
- RECIBE APOYO VECINAL DIARIO SI NO
- RECIBE APOYO ESPORADICO SI NO

3 OTROS APOYOS SOCIALES Y SANITARIOS.

TIPO DE APOYO	TITULARIDAD	FRECUENCIA

4. IDENTIFICACION DEL CUIDADOR PRINCIPAL:

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	RELACION	CUIDADOS QUE PRESTA	INTENSIDAD

⁴ Relacionar sólo aquellas personas que conviven con el solicitante en el mismo domicilio.

4.1 EL CUIDADOR PRINCIPAL TRABAJA FUERA DEL HOGAR: SI NO

4.2. OTRAS OCUPACIONES

CUIDADOS DE OTRAS PERSONAS SI NO

OTRAS RESPONSABILIDADES : _____

5. FRAGILIDAD DEL APOYO FAMILIAR:

- CUIDADOR PREDEPENDIENTE SI NO
- DEPENDENCIA ACUSADA SI NO
- DIFICULTAD DE LA COMPRESION DEL PROCESO DE ENFERMAD / DEPENDENCIA SI NO
- ESCASEZ DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS SI NO
- ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD CON NECESIDAD DE APOYOS EN LA FIGURA DEL CUIDADOR SI NO
- SIGNOS DE AGOTAMIENTO FISICO O EMOCIONAL SI NO
- DIFICULTADES DE CONEXIÓN SOCIAL / AISLAMIENTO SI NO
- AUSENCIA DE COMPROMISO ESTABLE SI NO

6. CONSISTENCIA DEL APOYO FAMILIAR:

- CUIDADOR CON BUEN ESTADO DE SALUD SI NO
- DISPONIBILIDAD DE TIEMPO EXPRESADO EN HORAS _____
- CONOCIMIENTOS PARA LA PRESTACION DE CUIDADOS SI NO
- DISPONIBILIDAD DE APOYOS FORMALES O INFORMALES SI NO
- PERIODOS DE DESCANSO SI NO

RELACIONADOS CON APOYOS

- TELEASISTENCIA _____ SAD _____ €
- PERSONAL DE APOYO CONTRATADO _____ €
- ASISTENTE PERSONAL _____ €
- CENTRO DE DIA _____ € CENTRO DE NOCHE _____ €

DATOS DE LA VIVIENDA

TIPODE VIVIENDA:

- UNIFAMILIAR DE PLANTA BAJA UNIFAMILIAR CON MAS DE UNA PLANTA
- PISO CON ASCENSOR PISO SIN ASCENSOR

DESCRIPCION Y DISTRIBUCION:

CENTRO RESIDENCIAL⁷**1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA SITUACION**PERMANECE CONFINADO EN CAMA SI NOUTILIZAS LAS INSTACIONES DEL CENTRO SI NOPARTICIPA EN ACTIVIDADES EN EL CENTRO SI NO**2. PROGRAMAS DISPONIBLES EN EL CENTRO COMO APOYO AL MANTENIMIENTO DE CAPACIDAD Y AUTONOMIA** SI NO

- RELACIONAR EN LOS QUE ESTA INCLUIDO Y DESCRIPCION:

3. PLANIFICACION INDIVIDUAL SI NO

AREA	ACTIVIDAD	FRECUENCIA

4. BARRERAS ARQUITECTONICAS EN EL INTERIOR SI⁵ NO

DESCRIPCION:

5.-BARRERAS ARQUITECTONICAS EN LOS ACCESOS AL CENTRO RESIDENCIAL SI⁵ NO

DESCRIPCION :

EL RESIDENTE UTILIZA AYUDAS TECNICAS SI NO

LAS CONDICIONES DEL CENTRO RESIDENCIAL PERMITE EL USO DE AYUDAS TECNICAS

 SI NO

⁷ Cumplimentar solo en el caso de personas que estén en Centro Residencial.

APOYOS FORMALES QUE RECIBE EN SU ENTORNO : SI NO

SI NO RECIBE APOYOS FORMALES, MOTIVO: _____

- TELEASISTENCIA SAD COMIDA SOBRE RUEDAS CENTRO DE DIA
 CENTRO DE NOCHE CENTRO RESIDENCIAL
 OTROS APOYOS (especificar) _____

VALORACION DE LOS APOYOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE:

- SUFICIENTES (CORRESPONDE CON LA SITUACION DE DEPENDENCIA)
 INSUFICIENTES (NO SATISFACEN LAS NECESIDADES EN RELACION CON SU DEPENDENCIA)

VALORACION DE LOS APOYOS DE LOS FAMILIARES:

- SUFICIENTES (CORRESPONDE CON LA SITUACION DE DEPENDENCIA)
 INSUFICIENTES (NO SATISFACEN LAS NECESIDADES EN RELACION CON SU DEPENDENCIA)

OTROS DATOS DE INTERES⁸

VALORACION TECNICA Y PROPUESTA DE INTERVENCION

FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL

⁸ Cualquier dato relevante y que no se ajuste a ninguno de los apartados del informe.

ANEXO IV



TRÁMITE DE CONSULTA prevista en el artículo 29 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia

D/Dña _____ con NIF/NIE _____,
domicilio en C/ _____ C.P. _____ y
localidad _____.

O en su caso:

D/Dña _____ con
NIF/NIE _____, domicilio en C/ _____
C.P. _____ localidad _____ como representante de
D/Dña _____ con NIF/NIE _____.

Comparece en _____ al objeto de ser informado/a de:

- Que con fecha _____ la Dirección Territorial del IMERSO de _____ aprobó resolución de reconocimiento a la persona interesada de su situación de dependencia en grado _____, nivel _____.
- Que en dicha resolución se especifican las prestaciones que la persona pueda recibir según su grado y nivel de dependencia.
- Que en virtud del artículo 29 de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se ha tenido en cuenta su participación con el objeto de fijar la modalidad de intervención más adecuada.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, se firma por ambas partes

En _____ a _____ de _____ de 200

Fdo: _____

ANEXO V



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)

DECLARACIÓN GUARDADOR DE HECHO

D./D.^a mayor de edad, con domicilio en
 Calle/Avda/Plaza
 núm.....provincia de D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.
 a los efectos de poder representar ante la Dirección Territorial del IMSERSO de.....
 en el expediente de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a favor de D./D.^a
 hijo/a de y de , con domicilio en.....
 Calle/Avda/Plaza núm. provincia de
 y D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm.

DECLARA bajo su responsabilidad:

1º) Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan:

.....

2º) Que la persona tiene los siguientes familiares:

Nombre y Apellidos	Edad	Parentesco	Dirección
.....
.....
.....
.....
.....

3º) Que se compromete, supuesto que prospere la solicitud que tiene formulada a favor del interesado a destinar las prestaciones que le pudieran reconocer a éste a la atención y cuidado del mismo.

4º) Que pondrá en conocimiento de la Dirección Territorial del IMSERSO de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia de la persona, pueda acaecer en el futuro.

En a de de 200

Fdo.: