

Consejería de Empleo y Asuntos Sociales

936 *ORDEN de 25 de mayo de 2007, por la que se hacen públicos los modelos normalizados para la solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.*

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, regula las condiciones básicas para garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Las personas en situación de dependencia tendrán derecho a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios previstos en tal Ley, en los términos establecidos en la misma, para lo cual habrán de solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia a la Administración de la Comunidad Autónoma correspondiente a la residencia del solicitante.

La citada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, atribuye a las Comunidades Autónomas, en su artículo 11.1.b), las funciones de gestión, en su ámbito territorial, de los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención a la dependencia, y determina, en su artículo 28.2, que el reconocimiento de la situación de dependencia se efectuará mediante resolución expedida por la Administración autonómica.

El procedimiento, de conformidad con el artículo 28.1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se iniciará a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación, y su tramitación se ajustará a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con las especificidades que resulten de la propia Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

El artículo 70.4 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Pro-

cedimiento Administrativo Común, obliga a las Administraciones Públicas a establecer modelos normalizados de solicitudes cuando se trate de procedimientos que impliquen la resolución numerosa de una serie de procedimientos.

Habiéndose aprobado por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, es preciso hacer público el modelo normalizado de solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como el modelo de informe de salud, que deberán presentar aquellas personas que puedan estar afectadas por algún grado de dependencia y deseen ser valoradas.

La competencia de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de regulación del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia lleva implícita la potestad para implantar el modelo de solicitud y de informe de salud correspondientes.

En su virtud, y en el ejercicio de las funciones que tengo conferidas en el artículo 32 de la Ley 1/1983, de 14 de abril, del Gobierno y de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, y por el Reglamento Orgánico de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, aprobado por Decreto 39/2005, de 16 de marzo y modificado por Decreto 57/2007, de 20 de marzo,

RESUELVO:

Hacer público el modelo normalizado de solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que figura como anexo I a la presente Orden, así como el modelo de informe de salud de la persona, que deberá aportarse junto a la misma y que figura como anexo II.

Santa Cruz de Tenerife, a 25 de mayo de 2007.

LA CONSEJERA DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES,
María Luisa Zamora Rodríguez.

ANEXO I



Gobierno
de Canarias

Consejería de Empleo
y Asuntos Sociales
Dirección General
de Servicios Sociales

**SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y
ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

**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 (B.O.E. n.º 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 N.º					
FECHA NACIMIENTO Día Mes Año		SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NACIONALIDAD			ESTADO CIVIL		
Domicilio (Calle / Plaza)			N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD (Municipio / Isla)					PROVINCIA			
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		N.º AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL			

2. Datos sobre la situación de dependencia

2.1 ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia? Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad en que lo solicitó:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	y año _____
2.2 ¿Tiene reconocido grado de minusvalía? Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	y año _____
2.3 ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida? Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	y año _____
2.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? Si la respuesta ha sido afirmativa indique la localidad donde se efectuó:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	y año _____

3. Datos de residencia

3.1 ¿Es usted emigrante español/a retornado/a? Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día _____ mes _____ y año _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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? 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:		
Periodos	Localidad	Provincia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

II DATOS DE CONVIVENCIA				
Indique los datos de las personas que residan con usted en su domicilio				
NOMBRE	APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
III CAPACIDAD ECONÓMICA				
1 Datos sobre la renta				
¿Tiene ingresos o rentas propios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
1.1 RENTAS DE TRABAJO O PRESTACIONES ECONÓMICAS				
Concepto	Empresa, Organismo o Persona		Cuantía Anual	
1.2 RENTAS DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS				
Tipo de Actividad	Rendimientos Integros (anual)			
1.3 RENTAS DE CAPITAL				
Concepto	Rendimientos Integros (anual)			
1.4 GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES				
Concepto	Rendimientos Integros (anual)			
2 Datos sobre el patrimonio				
¿Realiza usted Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Es titular de bienes y derechos de contenido económico, excluyendo la vivienda habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es afirmativa indique:				
BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD				
Concepto	Valor	Deudas y Obligaciones		
3 Datos sobre prestaciones públicas				
1. ¿Percibe una pensión de gran invalidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
2. ¿Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3. ¿Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
4. ¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta 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.	<p>¿Está siendo atendido en su domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como Organismo o entidad prestataria.</p> <p><input type="checkbox"/> Teleasistencia _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio _____</p> <p>¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:</p> <p style="text-align: center;">DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">NOMBRE Y APELLIDOS</td> <td>DNI/NIE</td> <td colspan="2">NACIONALIDAD</td> <td colspan="3">Relación (indique parentesco o relación)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DOMICILIO (Calle / Plaza)</td> <td>N.º</td> <td>Bloque</td> <td>Escalera</td> <td>Piso</td> <td>Puerta</td> <td>CÓDIGO POSTAL</td> </tr> <tr> <td>LOCALIDAD</td> <td>PROVINCIA</td> <td colspan="5">¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha)</td> </tr> </table>	NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE	NACIONALIDAD		Relación (indique parentesco o relación)			DOMICILIO (Calle / Plaza)		N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha)				
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE	NACIONALIDAD		Relación (indique parentesco o relación)																			
DOMICILIO (Calle / Plaza)		N.º	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CÓDIGO POSTAL																	
LOCALIDAD	PROVINCIA	¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha)																						
2.	<p>¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día o Centro de Noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:</p> <p>Denominación del Centro _____</p> <p>Nombre del organismo o entidad _____</p> <p>Dirección del Centro _____</p> <p>Localidad _____</p>																							
3.	<p>¿Se encuentra usted atendido en un Centro residencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente</p> <p>Denominación del Centro _____</p> <p>Nombre del organismo o entidad _____</p> <p>Dirección del Centro _____</p> <p>Localidad _____</p>																							
5.	<p>¿Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																							
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																				
				N.º																				
DOMICILIO (Calle / Plaza)		N.º	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 General de Servicios Sociales cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____, a _____ de _____ de 200_____

Fdo.: _____

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Le informamos que sus datos personales son tratados por la Consejería competente en materia de servicios sociales de la Administración de la Comunidad Autónoma, en el fichero correspondiente, con la finalidad de gestionar prestaciones públicas y servicios de la competencia de la indicada Consejería. Podrán cederse a los Servicios Sociales Insulares y Municipales, Seguridad Social y demás Organismos Públicos que directa o indirectamente intervengan en la gestión de prestaciones públicas, además de las cesiones previstas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Consejería competente en materia de servicios sociales de la Administración de la Comunidad Autónoma, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley.

A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

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 ú 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 Comunidad 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. Datos sobre la renta**

En este apartado deberá consignar si percibe o posee rentas o ingresos propios. En caso afirmativo tenga en cuenta:

1.1. Rentas de trabajo o prestaciones económicas.

Declare sus rentas de trabajo por cuenta propia o ajena, así como las pensiones o prestaciones periódicas abonadas por cualquier Régimen público o privado de Previsión Social, indicando:

- Concepto: La procedencia de las rentas: salario, trabajos por horas o similares, tipo de pensión o prestación, indicando expresamente si percibe asignación por hijo a cargo.
- Cuantía anual: La suma total anual bruta de cada concepto
- Empresa ú organismo: El que lo abone.

1.2. Rentas derivadas de actividades económicas.

Declare sus rentas.

- Tipo de actividad.
- Rendimientos íntegros.

1.3. Rentas de capital.

En el supuesto de disponer de bienes muebles y/o inmuebles, consignará el concepto de los mismos y los rendimientos íntegros obtenidos (intereses, dividendos, alquileres, etc.) en cuantía anual.

1.4. Ganancias y plusvalías patrimoniales.

En el supuesto de haber obtenido ganancias o plusvalías derivadas de bienes muebles y/o inmuebles, consignará en el concepto el origen de las mismas (reparto beneficios acciones, venta de acciones o fondos de inversión, venta de un bien inmueble, etc.) y en los rendimientos íntegros el importe anual que en dichos conceptos haya obtenido.

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.
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 (B.O.E. 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 (*)

(*) Indique el sistema de codificación utilizado (CIE-9, CIE-10, CIAP ...)

Diagnóstico de enfermería	Código NANDA (*)

(*) Si disponible

2.-En el caso de niños entre 0 y 5 meses, indique el peso al nacimiento en gramos: _____

3.-indique los tratamientos actuales que tiene prescritos (*):

Farmacológico	
Psicoterapéutico	

Rehabilitador	
Higiénico-dietético	
Cuidados de enfermería. NIC	
Otros	

(*) Se podrán adjuntar los planes de tratamiento disponibles.

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/a.

D/Dª.....
Enfermero/a.

Dependientes del Organismo:

Sello o etiqueta adhesiva	Fecha y firma (*)

(*) Imprescindible firma del facultativo/a.