

PROCEDIMIENTO <b>RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>COMPROMISO</b>
--	---	--------------------------------

**COMPROMISO DE CUMPLIR CON LAS CONDICIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL  
RELATIVAS A LA PERSONA QUE PRESTARÁ LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PERSONAL**

**BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN**

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	Nº EXPEDIENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Do/Doña  con DNI/NIE/PASAPORTE nº   
actuando en calidad de persona beneficiaria del servicio de asistencia personal, o de su representante, y

Don/Doña  con DNI/NIE/PASAPORTE nº   
actuando en calidad de persona que presta a asistencia personal a la persona beneficiaria arriba indicada,

**SE COMPROMETE BAJO SU RESPONSABILIDAD**

A cumplir con las condiciones establecidas en materia de Seguridad Social relativas a la persona que prestará los servicios de asistencia a personas en situación de dependencia.

Y para que conste y surta efecto ante la Consellería de Política Social e Igualdad de la Comunidad de Galicia, firmo la presente Declaración en:

Lugar y fecha

,  de  de

Fdo.:

Fdo.:

PROCEDIMIENTO <b>RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>DECLARACIÓN</b>
--	---	---------------------------------

Doña/Don , con DNI nº   
y domicilio en la c/  del ayuntamiento de

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD**

Que autorizo expresamente a la presentación electrónica de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema (BS210A), así como para la presentación del resto de la documentación necesaria derivada de esta actuación en cuanto a subsanar o acompañar los documentos preceptivos y demás documentación complementaria que se considere al efecto, por parte del/la trabajador/a social de referencia, D./Dña , con nº de colegiado , en nombre de D./Dña , como solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema según el procedimiento regulado por el Decreto 15/2010, de 4 de febrero. Asimismo, declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en esta solicitud así como en la documentación que la acompaña.

En calidad de:

- Solicitante     Representante Legal     Guardador de hecho

Firma

LUGAR Y FECHA

,  de  de

<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO</b> <b>BS210A</b>	<b>DOCUMENTO</b> <b>SOLICITUD</b>
---	--	--------------------------------------

<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE</b> A completar por la administración	<b>A.G.E:</b> SAAD	<b>S.G.A.D.:</b>
--	--------------------	------------------

**1. EFECTOS PARA LO QUE SE SOLICITA**

(señale con una X el que proceda)

<input type="radio"/> Valoración inicial	<input type="radio"/> Homologación	<input type="radio"/> Reactivación del PIA	<input type="radio"/> Revisión por mejoría/agravamiento
<input type="radio"/> Revisión del PIA			

**2. GRUPO DE EDAD AL QUE PERTENECE**

<input type="radio"/> Menor de tres años (de 0 hasta 3 años)	<input type="radio"/> A partir de 3 años
--	--

**3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
**SOLICITANTE: persona que va a ser valorada y reconocida en una situación de dependencia**

<b>NOMBRE</b>	<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<input type="radio"/> DNI	<b>Nº</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/otro	<input type="text"/>
<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>SEXO</b>	<b>NACIONALIDAD</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Otro	
<input type="radio"/> Vive en domicilio particular		<input type="radio"/> Reside en un centro residencial o sociosanitario		
<b>TIPO</b>	<b>NOMBRE DE LA VÍA DONDE RESIDE HABITUALMENTE</b>	<b>BLOQUE</b>	<b>ESC.</b>	<b>PORTAL</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>PISO</b>
				<input type="text"/>
				<b>PUERTA</b>
				<input type="text"/>
				<b>LUGAR</b>
				<input type="text"/>
				<b>LOCALIDAD</b>
				<input type="text"/>
<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>AYUNTAMIENTO</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>TELÉFONO 1</b>	<b>TELÉFONO 2</b>	<b>OTRO TELÉFONO DE CONTACTO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="radio"/> Seguridad Social	<input type="radio"/> MUFACE	<input type="radio"/> ISFAS	<input type="radio"/> Titular	<b>Nº TARJETA SANITARIA</b>
<input type="radio"/> MUGEJU	<input type="radio"/> Otro tipo de asistencia		<input type="radio"/> Beneficiario/a	<input type="text"/>

<b>PERSONA QUE REALIZA LA PRESENTACIÓN, EN CASO DE NO SER LA SOLICITANTE</b>
<input type="radio"/> Representante <input type="radio"/> Trabajador

**REPRESENTANTE (adjuntar documento que acredite la representación, ver explicaciones)**

<b>NOMBRE/RAZÓN SOCIAL</b>	<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<input type="radio"/> DNI	<b>Nº</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/otro	<input type="text"/>
<b>TIPO</b>	<b>NOMBRE DE LA VÍA</b>	<b>BLOQUE</b>	<b>ESC.</b>	<b>PORTAL</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>PISO</b>
				<input type="text"/>
				<b>PUERTA</b>
				<input type="text"/>
				<b>LUGAR</b>
				<input type="text"/>
				<b>LOCALIDAD</b>
				<input type="text"/>
<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>AYUNTAMIENTO</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>TELÉFONO 1</b>	<b>TELÉFONO 2</b>	<b>OTRO TELÉFONO DE CONTACTO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>TIPO DE REPRESENTACIÓN</b>				
<input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL	<input type="radio"/> GUARDADOR DE HECHO	<input type="radio"/> PADRE/MADRE/TUTOR DEL MENOR (menores de 18 años)	<input type="radio"/> REPRESENTANTE	

**TRABAJADOR/A SOCIAL (en este caso se presentará el anexo VII)**

<b>NOMBRE</b>	<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<input type="radio"/> DNI	<b>Nº</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Pasap/otro	<input type="text"/>
<b>TIPO</b>	<b>NOMBRE DE LA VÍA</b>	<b>BLOQUE</b>	<b>ESC.</b>	<b>PORTAL</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<b>PISO</b>
				<input type="text"/>
				<b>PUERTA</b>
				<input type="text"/>
				<b>LUGAR</b>
				<input type="text"/>
				<b>LOCALIDAD</b>
				<input type="text"/>
<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>AYUNTAMIENTO</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>TELÉFONO 1</b>	<b>TELÉFONO 2</b>	<b>Nº COLEGIADO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**DOMICILIO PARA LOS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (cubrir solo en el caso de no coincidir con el domicilio del solicitante o de su representante)**

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>				
			<input type="radio"/> Pasap/otro	<input type="text"/>				
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PUERTA	LUGAR	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

**4. UNIDAD DE CONVIVENCIA**

(En este apartado se consignarán los datos del cónyuge, pareja de hecho, ascendientes, hijos/as menores de 25 años o mayores de 25 años con discapacidad que dependan económicamente del solicitante. Deberán presentar certificado de convivencia emitido por el ayuntamiento, deberá coincidir con las personas recogidas en este apartado).

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOMBRE	DNI/NIE	Fecha de nacimiento	Parentesco	Solicitaron reconocimiento de dependencia	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

**5. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

(Sólo será necesario presentar los documentos que acrediten esta información en el caso de ser emitidos fuera de la Comunidad Autónoma de Galicia)

¿Tiene reconocido el grado de discapacidad?  SI  NO %

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó el reconocimiento: PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  AÑO

¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona (ATP)?  SI  NO Puntuación

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó el reconocimiento: PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  AÑO

¿Tiene reconocida una incapacidad de gran invalidez?  SI  NO

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó: PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  AÑO

¿Tiene reconocida la situación de dependencia?  SI  NO Puntuación BVD  GRADO  NIVEL

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó: PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  AÑO

Autorizo a la consellería competente en materia de servicios sociales a obtener de oficio los documentos que acreditan esta situación  SI  NO que obren en su poder. (Cuando sean emitidos por la Comunidad Autónoma de Galicia)

**6. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA**

(A cumplimentar por todos/as, es necesario presentar Certificado de empadronamiento que acredite que lleva residiendo más de 5 años en territorio español, dos de los cuales deben ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud y que certifique que residen en la Comunidad Autónoma de Galicia)

¿Reside en la actualidad en la Comunidad Autónoma de Galicia?  SI  NO

¿Residió siempre en territorio Español?  SI  NO

De no residir siempre en territorio Español,

¿Residió legalmente en España durante cinco años?  SI  NO

De estos cinco años, ¿fueron dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?  SI  NO

Si la respuesta es afirmativa indique:

PERÍODOS (DESDE - HASTA)	COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Es Usted emigrante español/a retornado/a?  SI  NO

Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: día/mes/año), así como la Provincia y el Ayuntamiento:

PROVINCIA  AYUNTAMIENTO

## 7. DATOS SOBRE PRESTACIONES

(Obligado cumplimiento)

¿Percibe pensión de Gran Invalidez?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Percibe pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de tercera persona?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Percibe subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Percibe asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de tercera persona?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
En caso afirmativo indique Nombre y Apellidos del:		
BENEFICIARIO	CAUSANTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Percibe pensión del extranjero?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
En caso afirmativo, indique:		
TIPO DE PRESTACIÓN	CUANTÍA ANUAL DEL AÑO EN CURSO (PRESENTE CERTIFICADO BANCARIO)	Nº PAGAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 8. SERVICIOS Y PROGRAMAS

(Para cubrir por todos/as los/las beneficiarios/as)

¿Es usuario del Programa de Acogimiento Familiar?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Si la respuesta es afirmativa, ¿quiere permanecer en dicho programa?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Acude a un centro de día?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DEL CENTRO	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Está siendo Usted atendido en un Centro Residencial? <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Permanente	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DEL CENTRO	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Es beneficiario del Servicio de Ayuda en el Hogar?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:		
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	

## 9. EXPECTATIVA SOBRE EL SERVICIO O PRESTACIÓN QUE PODRÍA PERCIBIR

(Indique ordenándolas de mayor a menor)

SERVICIOS	Orden de preferencia numérica
Teleasistencia	<input type="text"/>
Ayuda en el hogar	<input type="text"/>
Servicio de atención diurna	<input type="text"/>
Servicio de atención de noche	<input type="text"/>
Servicio de atención residencial (Señale 3 centros preferenciales)	
1) <input type="text"/>	
2) <input type="text"/>	
3) <input type="text"/>	
Servicio de promoción de la autonomía persoal	<input type="text"/>
<b>LIBRANZAS</b>	
Libranza vinculada al servicio de:	<input type="text"/>
Libranza para cuidados en el entorno familiar	<input type="text"/>
Libranza de asistencia personal	<input type="text"/>

**10. Si sus expectativas van encaminadas hacia una Prestación Económica, indique según el caso**

<b>LIBRANZA VINCULADA</b>		
PROVINCIA <input type="text"/>	AYUNTAMIENTO <input type="text"/>	ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO <input type="text"/>
<b>LIBRANZA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS (persona cuidadora no profesional) <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	DNI/NIE <input type="text"/>
<b>LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSONAL</b>		
NOMBRE Y APELLIDOS (profesional o entidad que presta el servicio) <input type="text"/>	DNI/NIE/CIF <input type="text"/>	

Nota aclaratoria: esta información es meramente informativa, de interés para la Administración. Nunca vinculante. Y debe tenerse en cuenta que los servicios serán prioritarios respecto a las prestaciones económicas, que tendrán carácter excepcional. Así como las compatibilidades recogidas en la legislación que desarrolla el Decreto.

**11. Indique según el caso**

El/la trabajador/a social de referencia es el de su:

Ayuntamiento   
  Centro de salud   
  Otros (hospital, atención especializada, etc.), especifique

**12. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud,
- Que autorizo que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos, necesarias para acreditar los datos declarados con los que consten en poder de las distintas administraciones públicas competentes.
- Que quedo informado/a de la obligación de comunicar a la consellería competente en materia de servicios sociales cualquier variación que se pueda producir en lo sucesivo.
- Que autorizo expresamente que se solicite y suministre directamente a través de medios informáticos o telemáticos a la consellería de la Administración autonómica competente en materia de servicios sociales la información de carácter tributario a la que se hace referencia en el decreto regulador de este procedimiento.
- Autorizo a la consellería de la Administración autonómica competente en materia de servicios sociales, de conformidad con los artículos 2 y 3 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la orden de la Consellería da Presidencia, Administraciones Públicas e Xustiza, de 7 de julio de 2009 que lo desarrolla, para la consulta de mis datos de identidad y residencia en los sistemas de verificación de datos de identidad y residencia del Ministerio de Presidencia.

SÍ     NO

- Autorizo a la Consellería a la consulta de los datos de catastro que obran en poder de la Dirección General del Catastro, de conformidad con el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.

SÍ     NO

- En el supuesto en que esta solicitud se presente por medio de representante o a través del/la trabajador/a social, la certificación de la veracidad de los datos consignados en esta, las autorizaciones para el acceso a datos por medios propios por parte de Administración, así como las obligaciones a las que se somete implican directamente a la persona interesada en nombre de la que se presenta esta solicitud o a su representante legal, que actúan por medio de estos para la presentación de esta documentación.

En calidad de:   
 SOLICITANTE   
 REPRESENTANTE LEGAL   
 GUARDADOR DE HECHO   
 TRABAJADOR SOCIAL

Autorizo a la consellería de la Administración autonómica competente en materia de servicios sociales a la consulta complementaria de mis datos en la Historia Clínica del SERGAS. En cualquier caso deberá presentar junto con la solicitud el anexo VIII-II.

SÍ     NO

<b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES</b>	
Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia - Consellería de Política Social e Igualdad - Secretaría General Técnica
Finalidades del tratamiento	Gestión del reconocimiento del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema. Gestión del reconocimiento del grado de discapacidad. La tramitación administrativa que se derive de la gestión de este formulario y la actualización de la información y contenidos de la Carpeta ciudadana.
Legitimación para el tratamiento	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable y, en su caso, el consentimiento de la persona interesada. (Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia; Decreto 15/2010 por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.)
Destinatarios de los datos	Los datos personales serán comunicados a la Consellería de Facenda, SERGAS en el acceso a la aplicación, IMSERSO para la cofinanciación de la dependencia, ayuntamiento correspondiente en el acceso a la aplicación, Diputación de Ourense, Servicio 012 para la gestión de citas, así como a las entidades que prestan los servicios del sistema de dependencia de los que es beneficiario/a y a otras Administraciones públicas estatales, autonómicas y locales en el ejercicio de sus competencias en materia de protección social y atención a la dependencia cuando sea necesario para la tramitación y resolución de este procedimiento.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán solicitar el acceso, rectificación, limitación y supresión de sus datos, a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común según se recoge en <a href="https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos">https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos</a>
Contacto delegado/a de protección de datos e información adicional	<a href="https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos">https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos</a>

### 13. DOCUMENTACIÓN A ANEXAR EN LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> Documentos recogidos en el artículo 21º del Decreto	<input type="checkbox"/> Otros documentos
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

#### INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

**1. Para que se inicie una revisión por empeoramiento o mejora deberá aportarse (punto 1):**

La solicitud, marcando esta casilla, Informe de condiciones de salud en el modelo oficial, emitido por el facultativo de su régimen de asistencia sanitaria, en lo que se acredite que se produjo un empeoramiento o mejora respecto de la valoración inicialmente realizada, teniendo en cuenta que la situación debe tener carácter permanente. Importante: para que se tramite el procedimiento de revisión a instancia de parte, debió emitirse resolución de reconocimiento de Grado y Nivel.

**2. Datos de identificación de la persona en situación de dependencia (punto 3):**

Reflejar el domicilio habitual de la persona solicitante, teniendo en cuenta que es el domicilio que se tomará como referencia para llevar a cabo la valoración. Si ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

**3. Datos del representante (punto 3):**

Este apartado solo se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante y que ostente a condición de representante legal o guardador de hecho; en este último caso, deberá cubrir los datos del guardador de hecho en la solicitud en el apartado 3 (representante) junto con la firma de la misma servirá como declaración ante la Administración de esta circunstancia. En el caso de menores de 18 años, el representante será el padre, madre el tutor de este menor.

**4. Domicilio a efectos de notificación (punto 3):**

Cubrir únicamente cuando se quiera recibir las notificaciones en un domicilio distinto al de la residencia habitual del/la solicitante, o dirigidas a una persona distinta al/a la solicitante, que en todo caso deberá ser el/la representante o guardador/a.

**5. Datos de residencia en España (punto 6):**

Todos los solicitantes deben indicar 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, que comprendan el período exigido de cinco años.

Si el/a 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.

**6. Documentación que se acerca (punto 13) I:**

Deberá marcar con una X la casilla correspondiente al documento que acompaña a esta solicitud.

El certificado de empadronamiento debe ser histórico, de tal forma que se acredite el empadronamiento actual en un municipio de la Comunidad Autónoma de Galicia, la residencia en territorio español durante 5 años y 2 inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud. La validez de un certificado de empadronamiento es de tres meses.

Como documentación complementaria podrá presentarse: certificado de minusvalía, reconocimiento de gran invalidez, informes médicos de especialistas, etc.

En caso de no pertenecer al Régimen de la Seguridad Social, deberá aportarse copia de la tarjeta sanitaria correspondiente.

**7. Documentación que se presenta (punto 13) II:**

Documentos recogidos en el artículo 21 del decreto 15/2010, de 4 de febrero:

- Datos de identificación y convivencia:

- DNI/NIE del solicitante o cualquier otro documento acreditativo de su identidad, de conformidad con normativa vigente, en el supuesto en que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- Copia compulsada del libro de familia, que incluya la hoja en la que aparezca el nombre del/la beneficiario/a, en el caso de no poseer DNI, cuando la persona solicitante sea un menor de edad.
- Acreditación de la representación que se ostenta de la persona solicitante, en su caso, y copia compulsada del DNI/NIE del representante, en el supuesto en que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- DNI/NIE o de otro documento acreditativo de su identidad, del cónyuge o pareja de hecho, ascendentes o hijos menores de 25 años o mayores en situación de discapacidad, que dependan económicamente del solicitante, en el supuesto en que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- Cuando existan menores de edad que dependan económicamente de la persona solicitante, copia compulsada del libro de familia en el caso de que estos no posean DNI.
- Certificado de convivencia de la persona solicitante según Padrón Municipal.

- Requisitos de empadronamiento y residencia:

- Certificado de empadronamiento emitido por el ayuntamiento correspondiente que acredite la residencia en un municipio da Comunidad Autónoma en el momento de presentar la solicitud, excepto en los supuestos de personas que estén siendo atendidas dentro del sistema público de servicios sociales (residencias, centro de día, ayuda en el hogar) de la Comunidad Autónoma de Galicia, en el supuesto en que no se autorice a la Administración para el acceso por medios propios.
- Certificado/s de empadronamiento emitido por los ayuntamientos correspondientes que acrediten la residencia de la persona solicitante en España durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la presentación de la solicitud.
- Certificado de empadronamiento que acredite la residencia de quien ostente a su representación, para el caso de menores de cinco años.
- Certificado emitido por el Ministerio de Interior que acredite el cumplimiento de los mismos períodos, en el supuesto de residentes que carezcan de la nacionalidad española.
- Certificado de emigrante retornado expedido en la Delegación del Gobierno correspondiente o mediante la correspondiente baja Consular, en el caso de ser emigrante retornado y no cumplir el requisito del periodo de residencia.

- Informe de condiciones de salud (estarán exentas de la presentación del informe sobre las condiciones de salud las personas solicitantes de homologación que tuvieran reconocida la necesidad de ayuda de tercera persona, con una puntuación de 45 puntos o más, según el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y cualificación del grado de discapacidad).

- Informe Social.

- Certificado de discapacidad con la puntuación de ayuda de tercera persona (ATP) cuando fuera emitido por otra Comunidad Autónoma, si es el caso.

- Resolución de Grado y nivel, si es el caso, cuando sea emitido por otra Comunidad Autónoma.

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD (continuación)

- Expectativa del servicio/prestación (Punto 9):
  - Manifestación de la persona solicitante o de su representante, conforme al punto nº 9 y 10 del Anexo de la solicitud, de su preferencia dentro del catálogo de servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
  - En el caso de solicitud de prestación económica para cuidados en el entorno familiar, certificado de empadronamiento del cuidador, declaración jurada del grado de parentesco que los une o tipo de relación si no es la filial, conforme al punto nº 11 del modelo Anexo de la solicitud, y DNI/NIE u otro documento acreditativo de su identidad.
- Datos económicos:
  - Declaración del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas, certificado de toda clase de pensiones percibidas por la persona solicitante o declaración jurada de no percibirlas, en el supuesto en que no se autorice a la administración para el acceso por medios propios conforme al modelo Anexo de la solicitud.
  - Declaración responsable acerca del patrimonio de la persona solicitante en la que se detalle el conjunto de sus titularidades de bienes y derechos de contenido económico, de forma que quede completamente acreditada su situación patrimonial, conforme Anexo IX del decreto 15/2010, de 4 de febrero.
  - Declaración del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas, certificado de toda clase de pensiones percibidas por el cónyuge o pareja de hecho, ascendentes o hijos/as menores de 25 años o mayores en situación de discapacidad, económicamente a cargo de la persona solicitante, o declaración jurada de no percibirlas, en el supuesto en que no se autorice a la administración para el acceso por medios propios conforme al modelo Anexo de la solicitud.
  - Declaración responsable acerca del patrimonio, conforme al modelo Anexo IX del decreto 15/2010, de 4 de febrero, del cónyuge o pareja de hecho, ascendentes o hijos/as menores de 25 años o mayores en situación de discapacidad, económicamente a cargo de la persona solicitante.
- Otros documentos.

### Presentación de solicitudes

La solicitud, debidamente cumplimentada y acompañada de la documentación requerida, podrá presentarse en las oficinas de Registro de los Servicios Sociales Comunitarios del domicilio del solicitante, en los Registros de las Jefaturas Territoriales de la Consellería de Política Social. Asimismo cabrá presentarla en el Registro General de la Xunta de Galicia o en cualquier oficina de registro de la Administración de la Comunidad Autónoma de Galicia, así como por cualquiera de los restantes medios establecidos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, así como por medios electrónicos a través del registro electrónico de la Xunta de Galicia según lo dispuesto en el decreto 198/2010, de 2 de diciembre, por el que se regula el desarrollo de la Administración electrónica en la Xunta de Galicia y en las entidades de ella dependientes.

### LEGISLACIÓN APLICABLE

Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, al procedimiento para a elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

Orden de 2 de enero de 2012, de desarrollo del Decreto 15/2010, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

### FIRMA DEL / LA COMUNICANTE

,  de  de

<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO</b> <b>BS210A</b>	<b>DOCUMENTO</b> <b>INFORME DE SALUD</b>
---	--	---

**INFORME DE CONDICIONES DE SALUD**

(Para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

**1. Solicitante (puede sustituirse por etiqueta autoadhesiva)**

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MOTIVO DEL INFORME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Solicitud inicial de reconocimiento de situación de dependencia <input type="radio"/> Revisión del reconocimiento	

**2. En el caso de niños entre 0 y 6 meses, indique (caso afirmativo, obligado cumplimiento)**

<b>PESO EN EL MOMENTO DE NACER EN GRAMOS</b> <input type="radio"/> Menos de 1.100 g. <input type="radio"/> Entre 1.100 e 1.500 g. <input type="radio"/> > 1.500 e < 2.200 g. <input type="radio"/> Más de 2.200 g.
---

**3. 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, prolongado, crónico o de larga duración.**

	Diagnósticos (obligado cumplimiento)	Fecha diagnóstico (obligado cumplimiento)	Codificación		Fase evolutiva
			Clasificación	Código	
Demencias y enfermedades neurodegenerativas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patología traumática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves del comportamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Retraso Mental / Enfermedad Mental/Deterioro Cognitivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Otras Patologías (Sistema Nervioso, Osteomusculares, aparato Respiratorio, Cardiovascular, Genéticas, Infecciosas, neoplásicas, etc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica

\*Podrá presentar informes médicos que complementen el modelo normalizado.

**4. Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, ortesis y prótesis prescritas\* (obligado cumplimiento)**

Farmacológicos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Higiénico/dietético <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Psicoterapéutico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Indicaciones médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou productos de apoio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rehabilitador <input type="radio"/> Recibe <input type="radio"/> Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras <input type="radio"/> No recibe <input type="radio"/> No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras	
Otros <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

**5. Indique las medidas de soporte funcional, soporte terapéutico y ayudas técnicas que tiene prescritas (obligado cumplimiento).**

<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sueroterapia	<input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG	<input type="checkbox"/> Nutrición parental
<input type="checkbox"/> S. vesical	<input type="checkbox"/> Ostomías	<input type="checkbox"/> Absorbentes	<input type="checkbox"/> Prótesis/ortesis
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Sujeción mecánica	
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>		

6. Indique si existe necesidad de apoyo para las actividades de autocuidado (obligado cumplimiento).

Leve  Moderada  Grave

7. Indique si entre las patologías descritas, alguna de ellas cursa en brotes (obligado cumplimiento).

PATOLOGÍA	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO BROTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Indique si la persona se puede trasladar fuera del domicilio

SI  NO

9. Identificación del profesional que emite el informe (obligado cumplimiento).

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DEL INFORME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SALUD	Nº COLEGIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma	Sello
-------	-------

PROCEDIMIENTO

RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS  
PRESTACIONES DEL SISTEMA

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO

BS210A

DOCUMENTO

INFORME  
SOCIAL**INFORME SOCIAL UNIFICADO**  
(mayores, discapacidad y dependencia)**DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL QUE EMITE EL INFORME**

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

Nº DE COLEGIADO/A

TELÉFONO 1

TELÉFONO 2

CORREO ELECTRÓNICO

ENTIDAD/ORGANISMO

**MOTIVO DEL INFORME**

VALORACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS/PRESTACIONES POR DEPENDENCIA

SERVICIOS

PRESTACIONES ECONÓMICAS

ACCESO A SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

ACCESO A SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

 COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL (especificar) REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL (especificar) URGENCIA SOCIAL/EMERGENCIA COMUNICACIÓN DE PRESUNTA INCAPACIDAD OTROS (especificar)

OTROS TRÁMITES INICIADOS

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTERESADA

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/NIE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO	FECHA DE NACIMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SEXO	ESTADO CIVIL	HISTORIA SOCIAL			
<input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SIUSS <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> IANUS <input type="checkbox"/> OTROS	<input type="text"/>		

### I.1. SITUACION LEGAL

INCAPACITACIÓN LEGAL	GUARDADOR DE HECHO	TIPO DE REPRESENTACIÓN			
<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="radio"/> GUARDADOR DE HECHO			
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/NIE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

### I.2. OTROS DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CON DISCAPACIDAD	ATP	MOVILIDAD REDUCIDA	RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA
<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ PORCENTAJE: <input type="text"/>	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SÍ GRADO: <input type="text"/>
COBERTURA SANITARIA			
<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ ENTIDAD: <input type="text"/>			

### I.3. FORMACION Y SITUACION LABORAL

PERSONA INTERESADA EN EDAD LABORAL
<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ
OCUPACIÓN
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
FORMACIÓN ACADÉMICA
<input type="text"/>
FORMACIÓN OCUPACIONAL
<input type="text"/>
PROFESIÓN
<input type="text"/>
EXPERIENCIA LABORAL
<input type="text"/>
OTROS DATOS DE INTERÉS
<input type="text"/>

**II. SITUACION DE EMERGENCIA SOCIAL**

¿ES UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA SOCIAL?

NO  SÍ

ESPECIFICAR EMERGENCIA SOCIAL

  

COMUNICACIÓN A FISCALÍA/JUZGADO

NO  SÍ

OTRA INFORMACIÓN JUSTIFICATIVA DE LA NECESIDAD Y URGENCIA

PROPUESTA

**III. NECESIDADES E INTERESES**

NECESIDAD DE APOYOS EN ABVD

NO  SÍ (ESPECIFICAR)

  
  

NECESIDAD DE AYUDAS TÉCNICAS

NO  SÍ (ESPECIFICAR)

NECESIDAD DE ADAPTACIÓN DEL HOGAR

NO  SÍ (ESPECIFICAR)

NECESIDAD DE OTROS APOYOS PARA LA CALIDAD DE VIDA

NO  SÍ (ESPECIFICAR)

  
  

**PREFERENCIAS DE LA PERSONA**

CONTINUAR EN SU DOMICILIO ACTUAL CON EL/LOS SERVICIOS/PRESTACIONES DE

SERVICIOS

  
  
  
  
  

PRESTACIONES ECONÓMICAS

  
  

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

**PREFERENCIAS DE LA PERSONA** (continuación)

CAMBIO DE UNIDAD DE CONVIVENCIA (OTRO DOMICILIO FAMILIAR)

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CON EL/LOS SERVICIOS/PRESTACIONES DE

**SERVICIOS**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**PRESTACIONES ECONÓMICAS**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS**

<input type="text"/>
<input type="text"/>

PERMANECER EN EL CENTRO RESIDENCIAL

CAMBIAR DE CENTRO RESIDENCIAL (ESPECIFICAR EL TIPO DE RECURSO)

<input type="text"/>
----------------------

**VALORACIÓN PROFESIONAL**

VALORACIÓN PROFESIONAL A PARTIR DE NECESIDADES, CAPACIDADES Y EXPECTATIVAS DE LA PERSONA (EN SU CASO, INCLUYENDO OTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NO RECOGIDA ANTERIORMENTE)

<input type="text"/>
----------------------

**IV. SITUACION DE CONVIVENCIA**

EN CENTRO/UNIDAD RESIDENCIAL     EN PENSIÓN O SIMILAR     EN DOMICILIO PARTICULAR     VIVE SOLO/A     ROTA

**TIPOLOGÍA**

<input type="text"/>
----------------------

**OTROS DATOS DE INTERÉS**

<input type="text"/>
----------------------

**IV.1 UNIDAD DE CONVIVENCIA**

DOMICILIO/S PARTICULAR/ES

NO  SÍ

**PERSONA 1**

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--

PARENTESCO OTRO TIPO DE RELACIÓN

--	--

OCUPACIÓN


DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIONES

--	--	--

**PERSONA 2**

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--

PARENTESCO OTRO TIPO DE RELACIÓN

--	--

OCUPACIÓN


DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIONES

--	--	--

**PERSONA 3**

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--

PARENTESCO OTRO TIPO DE RELACIÓN

--	--

OCUPACIÓN


DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIONES

--	--	--

**PERSONA 4**

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--

PARENTESCO OTRO TIPO DE RELACIÓN

--	--

OCUPACIÓN


DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIONES

--	--	--

**IV.1 UNIDAD DE CONVIVENCIA** (continuación)

**PERSONA 5**

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP %  DEPEND G°  OBSERVACIONES

**PERSONA 6**

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP %  DEPEND G°  OBSERVACIONES

**IV.2 RELACIONES DE CONVIVENCIA**

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES QUE CONDICIONAN LA CONVIVENCIA

NO  SÍ (ESPECIFICAR)

**RELACIONES FAMILIARES** (se excluyen malos tratos o abandonos, ya incluidos en punto II) (ver escala de funcionamiento familiar)  
VÍNCULOS AFECTIVOS

POSITIVOS  NEGATIVOS  CONTRADICTORIOS  AISLAMIENTO AFECTIVO

IMPLICACIÓN Y RESPONSABILIDADES

INAPRECIABLES  COMPARTIDAS  FOCALIZADAS EN UN MIEMBRO

RELACIONES

NORMALIZADAS/BUENAS/ACEPTABLES  ESCASAS/INSUFICIENTES  CONFLICTIVAS/MALAS

**IV.3 FAMILIARES CON LOS QUE NO CONVIVE (y son significativos para la persona)**

NO  SÍ

**PERSONA 1**

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOMBRE DE LA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  PISO  PUERTA

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES (frecuencia de relación, apoyos, ...)

**PERSONA 2**

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOMBRE DE LA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  PISO  PUERTA

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES (frecuencia de relación, apoyos, ...)

**PERSONA 3**

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN

TIPO DE VÍA  NOMBRE DE LA VÍA  NÚMERO  BLOQUE  PISO  PUERTA

CP  PROVINCIA  AYUNTAMIENTO  LOCALIDAD

TELÉFONO 1  TELÉFONO 2  CORREO ELECTRÓNICO

OBSERVACIONES (frecuencia de relación, apoyos, ...)

**IV.4 OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS (red de apoyo social)**

NO  SÍ

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
PARENTESCO		OTRO TIPO DE RELACIÓN					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA		NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
OBSERVACIONES							
<input type="text"/>							

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
PARENTESCO		OTRO TIPO DE RELACIÓN					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA		NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
OBSERVACIONES							
<input type="text"/>							

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
PARENTESCO		OTRO TIPO DE RELACIÓN					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA		NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
OBSERVACIONES							
<input type="text"/>							

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
PARENTESCO		OTRO TIPO DE RELACIÓN					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA		NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
OBSERVACIONES							
<input type="text"/>							

## V. PRESTACIÓN DE APOYOS FAMILIARES/NO PROFESIONALES

NO  SÍ

FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVE

DIARIOS  SEMANALES  ESPORÁDICOS  NO RECIBE

FAMILIARES CON LOS QUE NO CONVIVE

DIARIOS  SEMANALES  ESPORÁDICOS  NO RECIBE

APOYOS VECINALES

DIARIOS  SEMANALES  ESPORÁDICOS  NO RECIBE

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE APOYOS

INEXISTENTES  INSUFICIENTES  ADECUADOS

DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR/A FAMILIAR

Nº DE CUIDADORES/AS

NO  SÍ

### V.1. CUIDADOR/A PRINCIPAL (persona que presta todos o gran parte de los apoyos)

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN  TIEMPO DEDICADO

APOYOS QUE PRESTA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES

### V.2. OTROS CUIDADORES/AS (persona/s que comparten los cuidados o proporcionan apoyos parciales)

#### PERSONA 1

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN  TIEMPO DEDICADO

APOYOS QUE PRESTA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES

#### PERSONA 2

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN  TIEMPO DEDICADO

APOYOS QUE PRESTA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES

## V.2. OTROS CUIDADORES/AS (continuación)

### PERSONA 3

NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  FECHA DE NACIMIENTO

PARENTESCO  OTRO TIPO DE RELACIÓN  TIEMPO DEDICADO

#### APOYOS QUE PRESTA

#### OBSERVACIONES

## V.3. PERFIL DE CUIDADOS FAMILIARES (incluir todo el sistema de apoyos familiares)

- FAMILIAR MIEMBRO DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA  FAMILIAR QUE NO CONVIVE  
 CUIDADOR NO FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN  CUIDADOR NO FAMILIAR REMUNERADO

#### Valoración de características (ver anexo X)

##### FRAGILIDAD

- ALTA  MEDIA  BAJA

##### CONSISTENCIA

- ALTA  MEDIA  BAJA

##### RIESGO DE CLAUDICACIÓN

- ALTA  MEDIA  BAJA

##### VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS FAMILIARES

- ADECUADOS  ADECUADOS, PERO INSUFICIENTES  INADECUADOS

## VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NO RECOGIDA ANTERIORMENTE, SÍNTESIS DE CAPACIDADES Y LIMITACIONES FAMILIARES EN LA PRESTACIÓN DE APOYOS, SOBRECARGA FAMILIAR, CARENCIAS Y POSIBILIDADES DE COMPENSACIÓN

## VI. VIVIENDA

### TIPO DE VIVIENDA

### RÉGIMEN DE TENENCIA

PERSONAS  HABITACIONES  COSTE ANUAL  SUPERFICIE (m<sup>2</sup>)  M<sup>2</sup> POR PERSONA

#### EQUIPAMIENTOS

- AGUA CORRIENTE  W.C.  DUCHA  ELECTRICIDAD  GAS  
 AGUA CALIENTE  TELÉFONO  FRIGORÍFICO  CALEFACCIÓN (TOTAL)  LAVADORA AUTOMÁTICA

#### HABITABILIDAD

- BARRERAS ARQUIT. ACCESO  BARRERAS ARQUIT. VIVIENDA  FALTA ILUMINACIÓN NATURAL  FALTA VENTILACIÓN  
 DETERIORADA (goteras, humedad, ...)  AMENAZA RUINA  ACEPTABLE

#### ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (alarma de intrusos, detección de incendios, gas, agua, ...):

- NO  SÍ (Especificar los elementos de protección existentes y otros apoyos técnicos)

**VI. VIVIENDA** (continuación)

**ENTORNO DE LA VIVIENDA**

URBANO     SEMIURBANO     URBANO, ZONA MARGINAL     RURAL     RURAL AISLADO

**ACCESIBILIDAD A SERVICIOS Y RECURSOS**

BUENA     REGULAR     MALA

**TRANSPORTE PÚBLICO**

CADA HORA     4-8 VECES AL DÍA     1-2 VEZ AL DÍA     A DEMANDA     NO HAY     NO ES ACCESIBLE

**TRANSPORTE ADAPTADO**

NO     SÍ

**VALORACIÓN PROFESIONAL**

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA SOBRE LA VIVIENDA NO RECOGIDA ANTERIORMENTE Y VALORACIÓN DE IDONEIDAD TENIENDO EN CUENTA LAS CARACTERÍSTICAS, LAS PERCEPCIONES DE LA PERSONA Y LA FAMILIA Y EL ACCESO A RECURSOS Y SERVICIOS. NECESIDAD DE REALIZAR ADAPTACIONES EN EL HOGAR.

**VII. SERVICIOS/PRESTACIONES SOCIALES QUE UTILIZA LA PERSONA**

0. LA PERSONA NO RECIBE NINGÚN SERVICIO O PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.

1. LA PERSONA UTILIZA SERVICIOS SOCIALES DE PROXIMIDAD.  NO     SÍ

**1.1. TELEASISTENCIA**

TIPO	ACCESO	ENTIDAD/ORGANISMO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1.2. AYUDA EN EL HOGAR**

TIPO	INTENSIDAD	ACCESO	FECHA DE INICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDAD/ORGANISMO

**1.3. RECIBE COMIDA EN CASA**

ACCESO  
 NO     SÍ   

**1.4. USA TRANSPORTE ADAPTADO**

NO     SÍ

**1.5. CENTRO DE DÍA/TALLER**

TIPO	INTENSIDAD	ACCESO	FECHA DE INICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDAD/ORGANISMO

**1.6. VIVIENDA TUTELADA**

TIPO DE PLAZA	ACCESO	FECHA DE INGRESO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDAD/ORGANISMO

**RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DEL SERVICIO**

NO     SÍ

**RECIBE OTROS SERVICIOS DE APOYO**

NO     SÍ (ESPECIFICAR)

2. LA PERSONA UTILIZA SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.  NO  SÍ

**2.1. CENTRO RESIDENCIAL**

TIPO DE PLAZA

ACCESO

FECHA DE INGRESO

ENTIDAD/ORGANISMO

**2.2. OTROS SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS**

NO  SÍ (ESPECIFICAR)

ACCESO

ENTIDAD/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DEL SERVICIO

NO  SÍ

RECIBE OTROS SERVICIOS DE APOYO

NO  SÍ (ESPECIFICAR)

3. LA PERSONA RECIBE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO.  NO  SÍ

**3.1. LA PERSONA ESTÁ ATENDIDA EN SU DOMICILIO POR CUIDADOR/A.**

NO  SÍ  RECIBE/HA RECIBIDO FORMACIÓN ESPECÍFICA  DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

**3.2. LA PERSONA ESTÁ ATENDIDA POR ASISTENTE PERSONAL**

NO  SÍ  DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

OTROS APOYOS EN EL ENTORNO

NO  SÍ (ESPECIFICAR)

4. LA PERSONA RECIBE OTROS SERVICIOS Y/O PRESTACIONES SOCIALES.  NO  SÍ (ESPECIFICAR)

**VALORACIÓN PROFESIONAL**

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NO RECOGIDA ANTERIORMENTE Y VALORACIÓN DE IDONEIDAD DE LAS PRESTACIONES O SERVICIOS SOCIALES Y DE SU IMPACTO EN LA UNIDAD DE CONVIVENCIA.

**VIII. OTROS SERVICIOS/PRESTACIONES QUE UTILIZA LA PERSONA (educación, sanidad, empleo)**

SERVICIO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDAD

LOCALIDAD

CONTENIDO

OBSERVACIONES

**VIII. OTROS SERVICIOS/PRESTACIONES QUE UTILIZA LA PERSONA** (continuación)

SERVICIO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDAD

LOCALIDAD

CONTENIDO

OBSERVACIONES

SERVICIO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDAD

LOCALIDAD

CONTENIDO

OBSERVACIONES

**IX. SITUACIÓN ECONÓMICA**

INGRESOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/INGRESOS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

INGRESOS NETOS (PENSIONES, PRESTACIONES, RETRIBUCIONES....)

CONCEPTO

CUANTÍA MENSUAL

NÚMERO DE PAGAS

RENDIMIENTOS DEL CAPITAL MOBILIARIO

CONCEPTO

CUANTÍA ANUAL

OTROS RENDIMIENTOS (DEL CAPITAL INMOBILIARIO, ACTIVIDADES ECONÓMICAS)

CONCEPTO

CUANTÍA ANUAL

GANANCIAS Y PÉRDIDAS PATRIMONIALES (VENTAS, REEMBOLSOS..)

CONCEPTO

CUANTÍA ANUAL

GASTOS FIJOS DEL SOLICITANTE/DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

ALQUILERES (CUANTÍA MENSUAL)

HIPOTECAS (CUANTÍA MENSUAL)

SERVICIOS DE ATENCIÓN (CUANTÍA MENSUAL)

**OTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA**

**X. VALORACION PROFESIONAL Y PROPUESTA**

**1. DIAGNÓSTICO SOCIAL (Síntesis de la información significativa y valoración profesional)**

**2. PRONÓSTICO (Síntesis de consecuencias, si no se interviene en la situación personal/familiar)**

**3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

- 1. ACCESO A SERVICIOS/PRESTACIONES.
- 2. ARTICULACIÓN DE APOYOS INSTITUCIONALES Y SOCIALES.

**FIRMA DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL**

Lugar y fecha

,  de  de

## ANEXO X

### **Fragilidad:**

1. Persona cuidadora pre-dependiente/dependencia acusada
2. Tiene dificultad de comprensión de la enfermedad/ la dependencia
3. Tiene escaso conocimiento de los cuidados a prestar
4. Concurrencia de discapacidad/ dependencia con necesidad de apoyos de otros/as miembros de la unidad de convivencia
5. Signos de agotamiento físico o emocional
6. Dificultades de conexión social y aislamiento
7. Ausencia de compromiso estable

### **Consistencia:**

1. Es mayor de edad con buen estado general de salud
2. Disponibilidad de tiempo
3. Tiene seguridad económica
4. Tiene conocimientos suficientes para la prestación de cuidados
5. Dispone de apoyos familiares y/o profesionales
6. Tiene periodos de descanso

### **Riesgo de claudicación:**

1. Por impacto de los cuidados (en su salud, su vida personal)
2. Por dificultades de relación (con la persona, con su familia y amigos)
3. Por problemas de competencia (sobre la complejidad de apoyos que desborda su capacidad)

PROCEDIMIENTO <b>RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>AUTORIZACIÓN</b>
--	---	----------------------------------

**AUTORIZACIÓN**

Solo firmar si se cubre el punto 4 de la solicitud (deberán firmar todos los consignados en el punto 4) y/o el punto 10 (por el cuidador no profesional en el supuesto de que no pertenezca a la unidad de convivencia)

Autorizo expresamente a que se solicite y se suministre directamente a través de medios informáticos o telemáticos a la consellería de la Administración Autonómica con competencia en materia de dependencia la información de carácter tributaria necesaria y al acceso a los datos del DNI por medios digitales.

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación de parentesco	<input type="radio"/> Cónyuge/Pareja	<input type="radio"/> Hijo/a	<input type="radio"/> Ascendente
FIRMA			

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación de parentesco	<input type="radio"/> Cónyuge/Pareja	<input type="radio"/> Hijo/a	<input type="radio"/> Ascendente
FIRMA			

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación de parentesco	<input type="radio"/> Cónyuge/Pareja	<input type="radio"/> Hijo/a	<input type="radio"/> Ascendente
FIRMA			

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación de parentesco	<input type="radio"/> Cónyuge/Pareja	<input type="radio"/> Hijo/a	<input type="radio"/> Ascendente
FIRMA			

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación de parentesco	<input type="radio"/> Cónyuge/Pareja	<input type="radio"/> Hijo/a	<input type="radio"/> Ascendente
FIRMA			

**DATOS DEL/LA CUIDADOR/A**

(Sólo cubrir en caso de que el/la cuidador/a no sea miembro de la unidad de convivencia, caso en el que cumplimentará y firmará en el cuadro anterior)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FIRMA			