



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

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

1. EFECTOS PARA LO QUE SE SOLICITA

(señale con una X el que proceda)

Valoración inicial
 Homologación
 Reactivación del PIA
 Revisión por mejoría/agravamiento

2. GRUPO DE EDAD AL QUE PERTENECE

Menor de tres años (de 0 hasta 3 años)
 A partir de 3 años

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

SOLICITANTE: persona que va a ser valorada y reconocida en una situación de dependencia

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"/>			
FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL				
<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					
CALLE DONDE RESIDE HABITUALMENTE	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"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OTRO TELÉFONO DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO			
<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	Nº TARJETA SANITARIA			
<input type="radio"/> MUGEJU	<input type="radio"/> Otro tipo de asistencia	<input type="radio"/> Beneficiario/a	<input type="text"/>				

PERSONA QUE REALIZA LA PRESENTACIÓN, EN CASO DE NO SER LA SOLICITANTE

Representante
 Trabajador

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

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"/>			
CALLE	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"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OTRO TELÉFONO DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TIPO DE REPRESENTACIÓN							
<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)

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"/>			
CALLE	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"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	Nº COLEGIADO		CORREO ELECTRÓNICO			
<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="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			
CALLE		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"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA			AYUNTAMIENTO				
<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 APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	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: 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: AÑO

¿Tiene reconocida una incapacidad de gran invalidez? SI NO

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó: AÑO

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

Si la respuesta es afirmativa indique dónde se efectuó: 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 (MES Y AÑO)	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"/>

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

Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: Día/Mes/Año

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	LOCALIDAD	
<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	LOCALIDAD	
<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	LOCALIDAD
<input type="text"/>	<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 personal	<input type="text"/>
LIBRANZAS	
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

LIBRANZA VINCULADA		
PROVINCIA <input type="text"/>	AYUNTAMIENTO <input type="text"/>	ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO <input type="text"/>
LIBRANZA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR		
NOMBRE Y APELLIDOS (persona cuidadora no profesional) <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	DNI/NIE <input type="text"/>
LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSONAL		
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 conselleria 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 conselleria 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 conselleria 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 Conselleria da Presidencia, Administracions Públics 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.

SI NO

Autorizo a la Conselleria 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.

SI 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

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

- Le informamos de que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los archivos automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia están constituidos en la Administración, sin que puedan ser empleados 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, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o uso fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivos de sanción (Título III de la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

13. DOCUMENTACIÓN A ANEXAR EN LA SOLICITUD

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

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. Para que se inicie una revisión por empeoramiento o mejoría 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 mejoría 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 de la 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 período 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.

- 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 percibir las, 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 percibir las, 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