XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL E IGUALDADE

ANEXO VIII-I

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	**BS210A**	**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
◯ Revisión del PIA

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 | ◯ DNI ◯ NIE ◯ Pasap/otro | Nº

FECHA NACIMIENTO | SEXO ◯ Hombre ◯ Mujer | NACIONALIDAD | ESTADO CIVIL ◯ Soltero/a ◯ Casado/a ◯ Divorciado/a ◯ Viudo/a ◯ Separado/a ◯ Otro

◯ Vive en domicilio particular ◯ Reside en un centro residencial o sociosanitario

TIPO | NOMBRE DE LA VÍA DONDE RESIDE HABITUALMENTE | BLOQUE | ESC. | PORTAL | PISO | PUERTA | LUGAR | LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OTRO TELÉFONO DE CONTACTO | CORREO ELECTRÓNICO

◯ Seguridad Social ◯ MUFACE ◯ ISFAS ◯ Titular
◯ MUGEJU ◯ Otro tipo de asistencia ◯ Beneficiario/a

Nº TARJETA SANITARIA

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

◯ Representante ◯ Trabajador

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

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | ◯ DNI ◯ NIE ◯ Pasap/otro | Nº

TIPO | NOMBRE DE LA VÍA | BLOQUE | ESC. | PORTAL | PISO | PUERTA | LUGAR | LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | OTRO TELÉFONO DE CONTACTO | CORREO ELECTRÓNICO

TIPO DE REPRESENTACIÓN

◯ REPRESENTANTE LEGAL ◯ GUARDADOR DE HECHO ◯ PADRE/MADRE/TUTOR DEL MENOR (menores de 18 años) ◯ REPRESENTANTE

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

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | ◯ DNI ◯ NIE ◯ Pasap/otro | Nº

TIPO | NOMBRE DE LA VÍA | BLOQUE | ESC. | PORTAL | PISO | PUERTA | LUGAR | LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | Nº COLEGIADO | CORREO ELECTRÓNICO

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 | ◯ DNI ◯ NIE ◯ Pasap/otro | Nº

TIPO | NOMBRE DE LA VÍA | BLOQUE | ESC. | PORTAL | PISO | PUERTA | LUGAR | LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

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
						◯ SI ◯ NO	◯ SI ◯ NO
						◯ SI ◯ NO	◯ SI ◯ NO
						◯ SI ◯ NO	◯ SI ◯ NO
						◯ SI ◯ NO	◯ SI ◯ NO
						◯ SI ◯ NO	◯ SI ◯ NO
						◯ SI ◯ NO	◯ SI ◯ 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 que obren en su poder. (Cuando sean emitidos por la Comunidad Autónoma de Galicia) ◯ SI ◯ NO

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
-			
-			
-			

¿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 cumplimento)

¿Percibe pensión de Gran Invalidez? ◯ SI ◯ NO

¿Percibe pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de tercera persona? ◯ SI ◯ NO

¿Percibe subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI? ◯ SI ◯ NO

¿Percibe asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de tercera persona? ◯ SI ◯ NO

En caso afirmativo indique Nombre y Apellidos del:

BENEFICIARIO

CAUSANTE

¿Percibe pensión del extranjero? ◯ SI ◯ NO

En caso afirmativo, indique:

TIPO DE PRESTACIÓN

CUANTÍA ANUAL DEL AÑO EN CURSO (PRESENTE CERTIFICADO BANCARIO)

Nº PAGAS

8. SERVICIOS Y PROGRAMAS
(Para cubrir por todos/as los/las beneficiarios/as)

¿Es usuario del Programa de Acogimiento Familiar? ◯ SI ◯ NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿quiere permanecer en dicho programa? ◯ SI ◯ NO

¿Acude a un centro de día? ◯ SI ◯ NO

Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:

DENOMINACIÓN DEL CENTRO

NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD

DIRECCIÓN DEL CENTRO

PROVINCIA

AYUNTAMIENTO

¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial? ◯ SI ◯ NO

¿Está siendo Usted atendido en un Centro Residencial? ◯ Temporal ◯ Permanente ◯ SI ◯ NO

Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:

DENOMINACIÓN DEL CENTRO

NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD

DIRECCIÓN DEL CENTRO

PROVINCIA

AYUNTAMIENTO

¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial? ◯ SI ◯ NO

¿Es beneficiario del Servicio de Ayuda en el Hogar? ◯ SI ◯ NO

Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:

DENOMINACIÓN DEL CENTRO

NOMBRE DEL ORGANISMO O ENTIDAD

PROVINCIA

AYUNTAMIENTO

¿Es usuario del Programa de Cheque Asistencial? ◯ SI ◯ NO

9. EXPECTATIVA SOBRE EL SERVICIO O PRESTACIÓN QUE PODRÍA PERCIBIR
(Indique ordenándolas de mayor a menor)

SERVICIOS	**Orden de preferencia numérica**
Teleasistencia	
Ayuda en el hogar	
Servicio de atención diurna	
Servicio de atención de noche	
Servicio de atención residencial (Señale 3 centros preferenciales)	
1) 2) 3)	
Servicio de promoción de la autonomía persoal	
LIBRANZAS	
Libranza vinculada al servicio de:	
Libranza para cuidados en el entorno familiar	
Libranza de asistencia personal	

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

LIBRANZA VINCULADA

PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO

LIBRANZA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDOS (persona cuidadora no profesional) | PARENTESCO | DNI/NIE

LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDOS (profesional o entidad que presta el servicio) | DNI/NIE/CIF

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, Administracións 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 da 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

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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 https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos
Contacto delegado/a de protección de datos e información adicional	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos

13. DOCUMENTACIÓN A ANEXAR EN LA SOLICITUD

☐ Documentos recogidos en el artículo 21º del Decreto

☐ Otros documentos

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

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.
Sí 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 o 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 cumplimento 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.

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 _____

Departamento Territorial de la Consellería de Política Social e Igualdad de _____