



PROCEDEMENTO PRESTACIÓNS SOCIAIS E ECONÓMICAS PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE (PSPD)	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS613A	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	--------------------------------

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO	NOME DA VÍA	NÚM.	BLOQ.	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<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"/>			

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación no correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir e que poderán cambiar en calquera momento a través de [Notifica.gal](https://notifica.gal):

TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa Administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos, sen que sexa válida para elas nin produza efectos unha opción diferente.

Electrónica, a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal <https://notifica.xunta.gal> (<https://notifica.xunta.gal>).
Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico ou Chave365.

Postal (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente).

TIPO	NOME DA VÍA	NÚM.	BLOQ.	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

DATOS BANCARIOS

Declaro baixo a miña responsabilidade que son certos os datos consignados relativos á conta bancaria indicada.

TITULAR DA CONTA	NÚMERO DE CONTA BANCARIA (24 DÍXITOS)
<input type="text"/>	IBAN <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"/> <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"/>



OBXECTO DA SOLICITUDE

- Asistencia sanitaria e prestación farmacéutica
 Subsidio de mobilidade e compensación para gastos de transporte

DATOS ESPECÍFICOS PARA A TRAMITACIÓN DO PROCEDEMENTO

ASISTENCIA SANITARIA

- SI NON

No caso de resposta afirmativa cubra os cadros da dereita

EN CALIDADE DE

- PERSOA TITULAR
 PERSOA BENEFICIARIA

NÚMERO DE AFILIACIÓN Á SEGURIDADE SOCIAL

¿TEN RECOÑECIDO O GRAO DE DISCAPACIDADE?

- SI NON

No caso de que a resposta anterior fose negativa infórmaselle que en base a presente solicitude procederáselle a valorar e recoñecer o grao de discapacidade da persoa solicitante. Esta valoración, ao ser preceptiva e vinculante, suspende o cómputo do prazo máximo de resolución desta solicitude.

¿ESTÁ ATENDIDO/A NUN CENTRO EN RÉXIME DE INTERNAMENTO?

- SI NON

¿ESTÁ ATENDIDO/A NUN CENTRO EN RÉXIME DE MEDIA PENSIÓN?

- SI NON

Se algunha das respostas anteriores foi afirmativa cubra o seguinte cadro

DENOMINACIÓN DO CENTRO OU RESIDENCIA

ENTIDADE OU PERSOA TITULAR DO CENTRO OU RESIDENCIA

TIPO

NOME DA VÍA

NÚM.

BLOQ.

ANDAR

PORTA

CÓDIGO POSTAL

PROVINCIA

CONCELLO

LOCALIDADE



DATOS ECONÓMICOS DA PERSOA SOLICITANTE E DAS PERSOAS PERTENCENTES Á UNIDADE DE CONVIVENCIA RELATIVOS AO ANO FISCAL EN CURSO (cubrir só no caso de ter ingresos ou rendas propias)

Ingresos da persoa solicitante (retribucións, rendas, axudas, prestacións, depósitos bancarios ou xuros que producen, ou calquera outro concepto)

Table with 4 columns: CONCEPTO, CONTÍA MENSUAL, CONTÍA ANUAL, EMPRESA, ORGANISMO OU PERSOA QUE EFECTUA O PAGAMENTO

Ingresos das persoas da unidade familiar (retribucións, rendas, axudas, prestacións, depósitos bancarios ou xuros que producen, ou calquera outro concepto)

Table with 7 columns: APELIDOS E NOME, NIF, RELACIÓN COA PERSOA SOLICITANTE, CONCEPTO, CONTÍA MENSUAL, CONTÍA ANUAL, EMPRESA, ORGANISMO OU PERSOA QUE EFECTUA O PAGAMENTO

¿TEN SOLICITADA OUTRA PRESTACIÓN OU AXUDA EN ALGUNHA AAPP? SI NON

En caso afirmativo cubra o seguinte cadro

Table with 2 columns: CLASE DE PRESTACIÓN, ORGANISMO SO QUE A SOLICITOU

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:

- 1. Que son certos os datos consignados nesta solicitude e está enterada da obriga de comunicar ao órgano xestor competente calquera variación que poida producirse no sucesivo.
2. Que coñece as posibles responsabilidades administrativas e incluso penais existentes nos supostos de ocultación, falseamento de datos ou calquera outra actuación fraudulenta dirixida a obter ou conservar as prestacións que solicita.
3. Que se despois de presentar esta solicitude, se produce algunha variación da súa situación persoal ou económica, así como das persoas coas que convive, comunicaría estes cambios ao Servizo de Prestacións da Xefatura Territorial da súa provincia de residencia, responsable da tramitación do expediente.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE

<input type="checkbox"/>	Anexo II para a comprobación de datos das persoas que integran a unidade familiar.			
<input type="checkbox"/>	Copia do libro de familia no caso de persoas menores de idade que integran a unidade familiar e que non teñan DNI ou NIE.			
<input type="checkbox"/>	Certificado de convivencia.			
		ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO
<input type="checkbox"/>	Copia da sentenza xudicial que declare a incapacidade legal.			
<input type="checkbox"/>	Documento que acredite a representación legal cando a solicitude se suscriba por persoa distinta á posible persoa beneficiaria.			
<input type="checkbox"/>	Copia do título de discapacidade ou solicitude de revisión do grao da persoa solicitante, cando proceda e cando este fora emitido por outra comunidade autónoma.			
<input type="checkbox"/>	Copia do título de discapacidade ou solicitude de revisión do grao das persoas que integran a unidade familiar, cando proceda e cando este fora emitido por outra comunidade autónoma.			
<input type="checkbox"/>	Outra documentación:			
<input type="checkbox"/>	Outra documentación:			
<input type="checkbox"/>	Outra documentación:			

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
DNI/NIE da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
Certificado de residencia da persoa solicitante	<input type="checkbox"/>
MARQUE O RECADRO CORRESPONDENTE PARA SINALAR AS CIRCUNSTANCIAS QUE LLE SEXAN DE APLICACIÓN	
<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidade recoñecido pola Comunidade Autónoma de Galicia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Situación actual de desemprego	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de importes por prestacións de desemprego a data actual	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificado de importes por prestacións de desemprego percibidos nun período	<input type="checkbox"/>
CONSENTIMENTO PARA A COMPROBACIÓN DE DATOS A persoa interesada autoriza a consulta a outras administracións públicas dos seguintes datos. De non autorizar a consulta, deberá achegar o documento correspondente.	AUTORIZO A CONSULTA
SÓ NOS CASOS SI SE SOLICITA O SUBSIDIO DE MOBILIDADE E COMPENSACIÓN POR GASTOS DE TRANSPORTE	
Declaración da renda ou datos fiscais relativos ao último exercicio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Non



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería de Política Social.
Finalidades do tratamento	A tramitación administrativa que se derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da Carpeta cidadá.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Destinatarios dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercitar outros dereitos a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información	(https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos)

LEXISLACIÓN APLICABLE

Real decreto 383/1984, do 1 de febreiro, polo que se establece e regula o sistema especial de prestacións sociais e económicas previsto na Lei 13/1982, do 7 de abril, de integración social de minusválidos (BOE do 27/02/1984).

Orde do XX de XXXX de 2015 pola que se adaptan e incorporan á sede electrónica da Xunta de Galicia os procedementos administrativos de prazo aberto da Consellería de Tráballo e Benestar.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

LUGAR E DATA

, de de



Xefatura Territorial da Consellería de Política Social