



PROCEDEMENTO <b>RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA</b>	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO <b>BS210A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUDE</b>
---	---	--------------------------------

NÚMERO DE EXPEDIENTE Para cubrir a Administración	A.X.E: SAAD	S.X.A.D.:
--	-------------	-----------

**1. EFECTO PARA O CAL SE SOLICITA**

(sinale cunha X o que proceda)

Valoración inicial       Homologación       Reactivación do PIA       Revisión por melloría/agravamento  
 Revisión do PIA

**2. GRUPO DE IDADE Á QUE PERTENCE**

Menor de tres anos (de 0 a 3)       A partir de 3 anos

**3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

SOLICITANTE: persoa que vai ser valorada e recoñecida nunha situación de dependencia

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<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/outr					
DATA NACEMENTO	SEXO	NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL					
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Muller	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Solteiro/a	<input type="radio"/> Casado/a	<input type="radio"/> Divorciado/a			
			<input type="radio"/> Víuvo/a	<input type="radio"/> Separado/a	<input type="radio"/> Outro			
<input type="radio"/> Vive en domicilio particular		<input type="radio"/> Reside nun centro residencial ou sociosanitario						
TIPO	NOME DA VÍA DONDE RESIDE HABITUALMENTE	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PORTAL	LUGAR	LOCALIDADE
<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	CONCELLO						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<input type="radio"/> Seguridade Social	<input type="radio"/> MUFACE	<input type="radio"/> ISFAS	<input type="radio"/> Titular	Nº TARXETA SANITARIA				
<input type="radio"/> MUGEJU	<input type="radio"/> Outro tipo de asistencia	<input type="radio"/> Beneficiario/a	<input type="text"/>					

**PERSOA QUE REALIZA A PRESENTACIÓN, EN CASO DE NON SER A SOLICITANTE**

Representante     Traballador

**REPRESENTANTE (achegar documento que acredite a representación, ver explicacións)**

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<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/outr					
TIPO	NOME DA VÍA	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PORTAL	LUGAR	LOCALIDADE
<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	CONCELLO						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO 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"/> GARDADOR DE FEITO	<input type="radio"/> PAI/NAI/TITOR DO MENOR (menores de 18 anos)	<input type="radio"/> REPRESENTANTE					

**TRABALLADOR/A SOCIAL (neste caso achegarase o anexo VII)**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<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/outr					
TIPO	NOME DA VÍA	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PORTAL	LUGAR	LOCALIDADE
<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	CONCELLO						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	Nº COLEXIADO	CORREO ELECTRÓNICO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

**DOMICILIO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (cubrir solo no caso de non coincidir co domicilio do solicitante ou do seu representante)**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<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/outro					
TIPO	NOME DA VÍA	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PORTAL	LUGAR	LOCALIDADE
<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	CONCELLO						
<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. UNIDADE DE CONVIVENCIA**

(Nesta epígrafe consignaranse os datos do cónxuxe, parella de feito, Ascendentes, fillos/as menores de 25 anos ou maiores de 25 anos con discapacidade que dependan economicamente do solicitante. Deberán achegar certificado de convivencia emitido polo Concello que deberá coincidir coas persoas recollidas nesta epígrafe)

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	DNI/NIE	Data de nacemento	Parentesco	Solicitaron recoñecemento de dependencia	CERTIFICADO DE DISCAPACIDADE
<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"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<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"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<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"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<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"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<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"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<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"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON

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

(So será necesario presentar os documentos que acrediten esta información no caso de ser emitidos fora da Comunidade Autónoma de Galicia)

Ten recoñecido o grao de discapacidade?  SI  NON %

Se a resposta é afirmativa onde se efectuou o recoñecemento: PROVINCIA  CONCELLO  ANO

Ten recoñecido a necesidade de asistencia de terceira persoa (ATP)?  SI  NON Puntuación

Se a resposta é afirmativa onde se efectuou o recoñecemento: PROVINCIA  CONCELLO  ANO

Ten recoñecida unha incapacidade de grande invalidez?  SI  NON

Se a resposta é afirmativa onde se efectuou: PROVINCIA  CONCELLO  ANO

Ten recoñecida a situación de dependencia?  SI  NON Puntuación BVD  GRAO  NIVEL

Se a resposta é afirmativa onde se efectuou: PROVINCIA  CONCELLO  ANO

Autorizo á consellería competente en materia de servizos sociais a obter de oficio os documentos que acreditan esta situación que obren no seu poder. (Cando sexan emitidos pola Comunidade Autónoma de Galicia)  SI  NON

**6. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA**

(Para cubrir por todos/as, é necesario presentar certificado de empadramento que acredite que leva residindo máis de 5 anos en territorio español, dous dos cales deben de ser inmediatamente anteriores á data de solicitude, e que certifique que reside na Comunidade Autónoma galega)

Reside na actualidade na Comunidade Autónoma de Galicia?  SI  NON

Residiu sempre en territorio español?  SI  NON

De non residir sempre en territorio español,

Residiu legalmente en España durante cinco anos?  SI  NON

Destes cinco anos, foron dous inmediatamente anteriores a esta solicitude?  SI  NON

Se a resposta é afirmativa indique:

PERÍODOS (DENDE - ATA)	COMUNIDADE AUTÓNOMA	PROVINCIA	CONCELLO
<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"/>

É vostede emigrante español/a retornado/a?  SI  NON

Se a resposta é afirmativa indique a data do retorno definitivo (día/mes/ano), así como a Provincia e o Concello:

PROVINCIA  CONCELLO

## 7. DATOS SOBRE PRESTACIÓNS

(Obligado cumprimento)

Percibe pensión de Gran Invalidez?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Percibe pensión non contributiva de invalidez con complemento por necesidade de terceira persoa?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Percibe subsidio por axuda de terceira persoa da LISMI?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Percibe asignación económica por fillo a cargo con complemento por necesidade de terceira persoa?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
En caso afirmativo, indique o nome e apelidos do:		
BENEFICIARIO	CAUSANTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Percibe pensión do extranxeiro?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
En caso afirmativo, indique:		
TIPO DE PRESTACIÓN	CONTÍA ANUAL DO ANO EN CURSO (ACHEGUE CERTIFICADO BANCARIO)	Nº PAGAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 8. SERVIZOS E PROGRAMAS

(Para cubrir por todos/as beneficiarios/as)

É usuario do programa de acollemento familiar?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa, quere permanecer no dito programa?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Acude a un centro de día?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENDEREZO DO CENTRO	PROVINCIA	CONCELLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Está sendo vostede atendido en un centro residencial?	<input type="radio"/> Temporal	<input type="radio"/> Permanente
	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENDEREZO DO CENTRO	PROVINCIA	CONCELLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
É beneficiario do servizo de axuda no fogar?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROVINCIA	CONCELLO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON

## 9. EXPECTATIVA SOBRE O SERVIZO OU PRESTACIÓN QUE PODERÍA PERCIBIR

(Indique ordeándoas de maior a menor)

SERVIZOS	Orde de preferencia numérica
Teleasistencia	<input type="text"/>
Axuda no fogar	<input type="text"/>
Servizo de atención diúrna	<input type="text"/>
Servizo de atención de noite	<input type="text"/>
Servizo de atención residencial (Sinale 3 centros preferenciais)	
1) <input type="text"/>	
2) <input type="text"/>	
3) <input type="text"/>	
Servizo de promoción da autonomía persoal	<input type="text"/>
<b>LIBRANZAS</b>	
Libranza vinculada a o servizo de:	<input type="text"/>
Libranza para cuidados no contorno familiar	<input type="text"/>
Libranza de asistencia persoal	<input type="text"/>

10. Se as súas expectativas van encamiñadas cara a unha prestación económica, indique segundo o caso

<b>LIBRANZA VINCULADA</b>		
PROVINCIA	CONCELLO	ENTIDADE QUE PRESTA O SERVICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>LIBRANZA DE COIDADOS NO CONTORNO FAMILIAR</b>		
NOME E APELIDOS (persoa cuidadora non profesional)	PARENTESCO	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSOAL</b>		
NOME E APELIDOS (profesional ou entidade que presta o servizo)	DNI/NIE/CIF	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nota aclaratoria: esta información é meramente informativa, de interese para a Administración, nunca vinculante. E debe terse en conta que os servizos serán prioritarios respecto ás prestacións económicas, que terán carácter excepcional, así como as compatibilidades recollidas na lexislación que desenvolve o decreto.

11. Indique segundo o caso

O/a traballador/a social de referencia é o do seu:

Concello     Centro de saúde     Outros (hospital, atención especializada, etc.), especifique

12. DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude.
- Que autorizo que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos, necesarias para acreditar os datos declarados cos que consten en poder das distintas administracións públicas competentes.
- Que quedo informado/a da obriga de comunicar á consellería competente en materia de servizos sociais calquera variación que se poida producir no sucesivo.
- Que autorizo expresamente que se solicite e subministre directamente a través de medios informáticos ou telemáticos á consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais a información de carácter tributario a que se fai referencia no decreto regulador deste procedemento.
- Autorizo á consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais, de conformidade cos artigos 2 e 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, do 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos meus datos de identidade e residencia nos sistemas de verificación de datos de identidade e residencia do Ministerio da Presidencia.

SI     NON

- Autorizo á Consellería á consulta dos datos de catastro que obran en poder da Dirección Xeral do Catastro, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

SI     NON

- No suposto en que esta solicitude se presente por medio de representante ou a través do/a traballador/a social, a certificación da veracidade dos datos consignados nesta, as autorizacións para o acceso a datos por medios propios por parte da Administración, así como as obrigas ás que se somete implican directamente á persoa interesada en nome da que se presenta esta solicitude ou ao seu representante legal, que actúan por medio destes para a presentación desta documentación.

En calidade de:     SOLICITANTE     REPRESENTANTE LEGAL     GARDADOR DE FEITO     TRABALLADOR SOCIAL

Autorizo á consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais á consulta complementaria dos meus datos na Historia Clínica do SERGAS. En calquera caso deberá achegar xunto coa solicitude o anexo VIII-II.

SI     NON

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia - Consellería de Política Social - Secretaría Xeral Técnica
Finalidades do tratamento	Xestión do recoñecemento do grao de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema. Xestión do recoñecemento do grao de discapacidade. A tramitación administrativa que se derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da Carpeta cidadá.
Lexitimación para o tratamento	Cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos conferidos ao responsable e, no seu caso, o consentimento da persoa interesada. (Lei 39/2006 de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia; <i>Decreto 15/2010 polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.</i> )
Destinatarios dos datos	Os datos persoais serán comunicados á Consellería de Facenda, SERGAS no acceso a aplicación, IMSERSO para a cofinanciación da dependencia, concello correspondente no acceso á aplicación, Deputación de Ourense, Servizo 012 para a xestión de citas, así como ás entidades que prestan os servizos do sistema de dependencia dos que é beneficiario/a e a outras Administracións públicas estatais, autonómicas e locais no exercicio das súas competencias en materia de protección social e atención á dependencia cando sexa necesario para a tramitación e resolución deste procedemento.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán solicitar o acceso, rectificación, limitación e supresión dos seus datos, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común segundo se recolle 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 PARA ADXUNTAR Á SOLICITUDE

<input type="checkbox"/> Documentos recollidos no artigo 21º do Decreto	<input type="checkbox"/> Outros 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"/>

#### INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR A SOLICITUDE

**1. Para que se inicie unha revisión por empeoramento ou melloría deberase aportar (punto 1):**

A solicitude, marcando este recadro, informe de condicións de saúde no modelo oficial, emitido polo facultativo do seu réxime de asistencia sanitaria, en que se acredite que se produciu un empeoramento ou melloría respecto da valoración inicialmente realizada, tendo en conta que a situación debe ter carácter permanente. Importante: para que se tramite o procedemento de revisión por instancia de parte, debeu emitirse resolución de recoñecemento de grao e nivel.

**2. Datos de identificación da persoa en situación de dependencia (punto 3):**

Reflectir o domicilio habitual da persoa solicitante, tendo en conta que é o domicilio que se tomará como referencia para levar a cabo a valoración. Se ten dobre nacionalidade, indique as dúas na epígrafe correspondente.

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

Este punto só se cubrirá cando a solicitude a asine persoa distinta ao solicitante e que teña a condición de representante legal ou gardador de feito; neste último caso, a cumprimentación dos datos do gardador de feito na solicitude no apartado 3 (representante) xunto coa sinatura da mesma deberá servir como declaración ante a Administración desta circunstancia. No caso de menores de 18 anos, o representante será o pai, nai ou titor deste menor.

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

Cubrir unicamente cando se queira recibir as notificacións nun domicilio distinto ao da residencia habitual do/a solicitante, ou dirixidas a unha persoa distinta ao/a solicitante, que en todo caso deberá ser o/a representante ou gardador/a.

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

Todos os solicitantes deben indicar os períodos e lugares de residencia en territorio nacional, consignando o mes e ano de inicio e o mes e ano de finalización de residencia en cada localidade, que comprendan o período exixido de cinco anos. Se o/a solicitante é menor de cinco anos, os datos de residencia referiranse aos cumpridos por aquela persoa que exerza a garda e custodia do menor.

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

Deberá marcar cunha X o recadro correspondente ao documento que se xunta a esta solicitude. O certificado de empadramento debe ser histórico, de tal forma que se acredite o empadramento actual nun municipio da Comunidade Autónoma de Galicia, a residencia en territorio español durante 5 anos e 2 inmediatamente anteriores á data desta solicitude. A validez dun certificado de empadramento é de tres meses.

Como documentación complementaria poderase presentar: certificado de minusvalidez, recoñecemento de grande invalidez, informes médicos de especialistas, etc. En caso de non pertencer ao réxime da Seguridade Social, deberase achegar copia da tarxeta sanitaria correspondente.

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

Documentos recollidos no artigo 21 do decreto 15/2010, do 4 de febreiro:

- Datos de identificación e convivencia:

- DNI/NIE do solicitante ou calquera outro documento acreditativo da súa identidade, de conformidade coa normativa vixente, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
- Copia compulsada do libro de familia, que inclúa a folla na que apareza o nome do/a beneficiario/a, no caso de non posuír DNI, cando a persoa solicitante sexa un menor de idade.
- Acreditación da representación que se ostenta da persoa solicitante, no seu caso, e copia compulsada do DNI/NIE do representante, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
- DNI/NIE ou doutro documento acreditativo da súa identidade, do cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, que dependan economicamente do solicitante, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
- Cando existan menores de idade que dependan economicamente da persoa solicitante, copia compulsada do libro de familia no caso de que estes non posúan DNI.
- Certificado de convivencia da persoa solicitante segundo Padrón Municipal.

- Requisitos de empadramento e residencia:

- Certificado de empadramento emitido polo concello correspondente que acredite a residencia nun municipio da Comunidade Autónoma no momento de presentar a solicitude, excepto nos supostos de persoas que estean sendo atendidas dentro do sistema público de servizos sociais (residencias, centro de día, axuda no fogar) da Comunidade Autónoma de Galicia, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
- Certificado/s de empadramento emitido polos concellos correspondentes que acrediten a residencia da persoa solicitante en España durante cinco anos, dos cales dous deberán ser inmediatamente anteriores á data da presentación da solicitude.
- Certificado de empadramento que acredite a residencia de quen ostente a súa representación, para o caso de menores de cinco anos.
- Certificado emitido polo Ministerio do Interior que acredite o cumprimento dos mesmos períodos, no suposto de residentes que carezan da nacionalidade española.
- Certificado de emigrante retornado expedido na Delegación do Goberno correspondente ou mediante a correspondente baixa Consular, no caso de ser emigrante retornado e non cumprir o requisito do período de residencia.

- Informe de condicións de saúde (estarán exentas da presentación do informe sobre as condicións de saúde as persoas solicitantes de homologación que tiveran recoñecida a necesidade de axuda de terceira persoa, cunha puntuación de 45 puntos ou máis, segundo o RD 1971/1999, do 23 de decembro, de procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade).

- Informe Social.

- Certificado de discapacidade coa puntuación de axuda de terceira persoa (ATP) cando fora emitido por outra Comunidade Autónoma, se é o caso.

- Resolución de Grao e nivel, se é o caso, cando sexa emitido por outra Comunidade Autónoma.

## INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR A SOLICITUDE (continuación)

- Expectativa do servizo/prestación (punto 9):
  - Manifestación da persoa solicitante ou do seu representante, conforme ao punto nº 9 e 10 do Anexo da solicitude, da súa preferencia dentro do catálogo de servizos e prestacións económicas do sistema para a autonomía e atención á dependencia.
  - No caso de solicitude de prestación económica para coidados no contorno familiar, certificado de empadramento do coidador, declaración xurada do grao de parentesco que os une ou tipo de relación se non é a filial, conforme ao punto nº 10 do modelo Anexo da solicitude, e DNI/NIE ou outro documento acreditativo da súa identidade.
- Datos económicos:
  - Declaración do Imposto da Renda das Persoas Físicas, certificado de toda clase de pensións percibidas pola persoa solicitante ou declaración xurada de non percibílas, no suposto en que non se autorice á administración para o acceso por medios propios conforme ao modelo Anexo da solicitude.
  - Declaración responsable acerca do patrimonio da persoa solicitante na que se detalle o conxunto das súas titularidades de bens e dereitos de contido económico, de xeito que quede completamente acreditada a súa situación patrimonial, conforme Anexo IX do decreto 15/2010, do 4 de febreiro.
  - Declaración do Imposto da Renda das Persoas Físicas, certificado de toda clase de pensións percibidas polo cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos/as menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, economicamente a cargo da persoa solicitante, ou declaración xurada de non percibílas, no suposto en que non se autorice á administración para o acceso por medios propios conforme ao modelo Anexo da solicitude.
  - Declaración responsable acerca do patrimonio, conforme ao modelo Anexo IX do decreto 15/2010, do 4 de febreiro, do cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos/as menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, economicamente a cargo da persoa solicitante.
- Outros documentos.

### Presentación de solicitudes

A solicitude, debidamente cuberta e acompañada da documentación requirida, poderá presentarse nas oficinas de rexistro dos servizos sociais comunitarios do domicilio do solicitante, nos rexistros das Xefaturas territoriais da Consellería de Política Social. Así mesmo, caberá presentala no rexistro xeral da Xunta de Galicia ou en calquera oficina de rexistro da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia, así como por calquera dos restantes medios establecidos no artigo 38.4º da Lei 30/1992, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, así como por medios electrónicos a través do rexistro electrónico da Xunta de Galicia segundo o disposto no decreto 198/2010, do 2 de decembro, polo que se regula o desenvolvemento da Administración electrónica na Xunta de Galicia e nas entidades dela dependentes.

### LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

Orde do 2 de xaneiro de 2012, de desenvolvemento do Decreto 15/2010, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

### SINATURA DO / DA COMUNICANTE

,  de  de