



PROCEDEMENTO RECOÑECEMENTO DO DEREITO Á EFECTIVIDADE DAS PRESTACIÓNS ECONÓMICAS DOS SOLICITANTES FALECIDOS DURANTE A TRAMITACIÓN DO PROCEDEMENTO DE RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS211A	DOCUMENTO SOLICITUDE
--	---	--------------------------------

1. Número de Expediente da persoa solicitante de dependencia	S.G.A.D.: <input type="text"/>
---	-----------------------------------

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN. SOLICITANTE: Persoa/s que solicita/n o dereito á efectividade das prestacións económicas

Comunidade hereditaria Coidador non profesional Outros

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/outr	NÚMERO <input type="text"/>
ENDEREZO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Autorizo á Administración para citarme por vía Telemática		
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (rúa/praza, nº, bloque, esc., andar, porta) <input type="text"/>				CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>
LOCALIDADE <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	CONCELLO <input type="text"/>		
TELÉFONO 1 <input type="text"/>	TELÉFONO 2 <input type="text"/>	OUTRO TELÉFONO CONTACTO <input type="text"/>		
PARENTESCO COA PERSOA SOLICITANTE DO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		RELACIÓN DE CONVIVENCIA COA PERSOA SOLICITANTE DO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/outr	NÚMERO <input type="text"/>
ENDEREZO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Autorizo á Administración para citarme por vía Telemática		
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (rúa/praza, nº, bloque, esc., andar, porta) <input type="text"/>				CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>
LOCALIDADE <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	CONCELLO <input type="text"/>		
TELÉFONO 1 <input type="text"/>	TELÉFONO 2 <input type="text"/>	OUTRO TELÉFONO CONTACTO <input type="text"/>		
PARENTESCO COA PERSOA SOLICITANTE DO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		RELACIÓN DE CONVIVENCIA COA PERSOA SOLICITANTE DO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/outr	NÚMERO <input type="text"/>
ENDEREZO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Autorizo á Administración para citarme por vía Telemática		
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (rúa/praza, nº, bloque, esc., andar, porta) <input type="text"/>				CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>
LOCALIDADE <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	CONCELLO <input type="text"/>		
TELÉFONO 1 <input type="text"/>	TELÉFONO 2 <input type="text"/>	OUTRO TELÉFONO CONTACTO <input type="text"/>		
PARENTESCO COA PERSOA SOLICITANTE DO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		RELACIÓN DE CONVIVENCIA COA PERSOA SOLICITANTE DO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/outr	NÚMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
ENDEREZO ELECTRÓNICO <input type="text"/>				
				<input type="checkbox"/> Autorizo á Administración para citarme por vía Telemática
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (rúa/praza, nº, bloque, esc., andar, porta)				CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>				<input type="text"/>
LOCALIDADE	PROVINCIA	CONCELLO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO CONTACTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PARENTESCO COA PERSOA SOLICITANTE DO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA		RELACIÓN DE CONVIVENCIA COA PERSOA SOLICITANTE DO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

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

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/outr	NÚMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (rúa/praza, nº, bloque, esc., andar, porta)				CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>				<input type="text"/>
LOCALIDADE	PROVINCIA	CONCELLO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO 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"/> Pai/Nai/Titor do menor (menores 18 anos) <input type="radio"/> Representante ante a Administración				

4. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (só cubrir no caso de non coincidir co domicilio do solicitante ou do seu representante)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (rúa/praza, nº, bloque, esc., andar, porta)		CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>		<input type="text"/>
LOCALIDADE	PROVINCIA	CONCELLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

- Que son certos os datos consignados na presente solicitude.
- Que autorizo a que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos necesarias para acreditar os datos declarados cos que obren en poder das distintas Administracións Públicas competentes, entre eles para a consulta dos datos de identidade e residencia nos Sistemas de Verificación de Datos de Identidade e Residencia do Ministerio de Presidencia.
- Que quedo informado/a da obriga de comunicar á xefatura territorial da consellería con competencias en materia de servizos sociais calquera variación que poda producirse no sucesivo.
- Que autorizo expresamente que se solicite e subministre directamente a través de medios informáticos ou telemáticos á consellería con competencias en materia de servizos sociais a información de carácter tributario á que se fai referencia na normativa reguladora deste procedemento aos efectos do cálculo das contías económicas a recoñecer.

En calidade de: Solicitante Representante Legal

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARACTER PERSOAL

- Informámoslle de que os datos persoais contidos nesta solicitude integraranse nos arquivos automatizados que sobre o Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia están consituídos na Administración, sen que podan ser empregados para finalidades distintas ou alleas ao Sistema, todo elo de conformidade cos principios de protección de datos de carácter persoal establecidos na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.
- A falsidade dos datos proporcionados, así como a obtención ou uso fraudulento de prestacións poder ser constitutivos de sanción (Título III da Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da Autonomía persoal e Atención ás persoas en situación de dependencia).

INSTRUCCIÓN PARA CUMPRIMENTAR A SOLICITUDE

1. Número de expediente da persoa solicitante de dependencia.

Reflectir o número de expediente do procedemento de recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema da persoa falecida que causa dereito ás contías que se reclaman.

2. Datos de identificación da persoa solicitante.

Reflectir os datos persoais da persoa/s solicitante/s da efectividade do dereito ás prestacións económicas solicitadas pola persoa falecida durante a tramitación do procedemento e a condición (comunidade hereditaria, coidador, outros) en base a que se solicitan.

3. Datos do representante.

Este apartado só se cumprimentará cando a solicitude se asine por persoa distinta ao solicitante e que ostente a condición de representante ante a Administración, ou cando se realiza a solicitude por varias persoas e se designa a unha delas como representante ante a Administración.

4. Domicilio a efectos de notificación.

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/á solicitante, que en todo caso deberá ser o/a representante.

5. Documentación que se achega.

Non se estará na obriga de achegar información, datos ou documentación que estea en poder da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia ou que, se autorice expresamente segundo a presente solicitude a obter por medios propios.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES

A solicitude, debidamente cumprimentada e acompañada da documentación requerida, poderá presentarse nas oficinas de Rexistro dos Servizos Sociais Comunitarios do domicilio do solicitante e nos Rexistros das Xefaturas Territoriais da Consellería de Traballo e Benestar. 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 38.4 da Lei 30/1992, de Réxime Xurídico da Administracións Públicas e do Procedemento Administrativo Común, así como por medios electrónicos a través do rexistro electrónico da Xunta de Galicia.

LEXISLACIÓN APLICABLE

- Decreto 15/2010, do 4 de febreiro (dog nº 34, do 19 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, 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 a 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 SOLICITANTE OU PERSOA QUE O REPRESENTA

Lugar e data

, de de



PROCEDEMENTO RECOÑECEMENTO DO DEREITO Á EFECTIVIDADE DAS PRESTACIÓNS ECONÓMICAS DOS SOLICITANTES FALECIDOS DURANTE A TRAMITACIÓN DO PROCEDEMENTO DE RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS211A	DOCUMENTO DECLARACIÓN
--	---	---------------------------------

DECLARACIÓN RESPONSABLE DO COIDADOR/A NON PROFESIONAL

SOLICITANTE DA PRESTACIÓN

NOME E APELIDOS <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	Nº EXPEDIENTE <input type="text"/>
---	-----------------------------	---------------------------------------

Don/Dona con DNI/NIE/PASAPORTE nº
actuando en calidade de persoa coidadora non profesional da persoa beneficiaria arriba indicada,

DECLARA BAIXO A SÚA RESPONSABILIDADE

Que se produciron os coidados efectivos á persoa en situación de dependencia durante o período de referencia (data de inicio:

; data fin:) cumprindo cos requisitos de idoneidade e garantindo a calidade dos coidados en todo momento, por parte de Don/Dona

E para que conste e surta efecto ante a Consellería de Traballo e Benestar da Comunidade de Galicia, asino a presente Declaración en:

Lugar e data

, de de

Asdo.:

Asdo.:



PROCEDEMENTO RECOÑECEMENTO DO DEREITO Á EFECTIVIDADE DAS PRESTACIÓNS ECONÓMICAS DOS SOLICITANTES FALECIDOS DURANTE A TRAMITACIÓN DO PROCEDEMENTO DE RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS211A	DOCUMENTO DECLARACIÓN
--	---	---------------------------------

DECLARACIÓN RESPONSABLE DA COMUNIDADE HEREDITARIA

SOLICITANTE DA PRESTACIÓN

NOME E APELIDOS	DNI	Nº EXPEDIENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Don/Dona con DNI/NIE/PASAPORTE nº
actuando en calidade de representante da comunidade hereditaria de D./Dona

DECLARA BAIXO A SÚA RESPONSABILIDADE

Que se produciron os coidados efectivos á persoa en situación de dependencia durante o período de referencia (data de inicio:

; data fin:) cumprindo cos requisitos de idoneidade e garantindo a calidade dos coidados en todo momento, por parte de Don/Dona

E para que conste e surta efecto ante a Consellería de Traballo e Benestar da Comunidade de Galicia, asino a presente Declaración en:

Lugar e data

, de de

Asdo.:

Asdo.: