



PROCEDIMIENTO <b>RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE LOS SOLICITANTES FALLECIDOS DURANTE LA TRAMITACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>BS211A</b>	DOCUMENTO <b>SOLICITUD</b>
---	---	-------------------------------

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

**2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN. SOLICITANTE: Persona/s que solicita/n el derecho a la efectividad de las prestaciones económicas**

<input type="radio"/> Comunidad hereditaria	<input type="radio"/> Cuidador no profesional	<input type="radio"/> Otros		
NOMBRE <input type="text"/>	PRIMEIR APELLIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO <input type="text"/>	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/otr	NÚMERO <input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Autorizo a la Administración para citarme por vía Telemática		
DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, nº, bloque, esc., piso, puerta) <input type="text"/>				CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>
LOCALIDAD <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	AYUNTAMIENTO <input type="text"/>		
TELÉFONO 1 <input type="text"/>	TELÉFONO 2 <input type="text"/>	OTRO TELÉFONO CONTACTO <input type="text"/>		
PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		RELACIÓN DE CONVIVENCIA CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		

NOMBRE <input type="text"/>	PRIMER APELLIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO <input type="text"/>	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/otr	NÚMERO <input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Autorizo a la Administración para citarme por vía Telemática		
DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, nº, bloque, esc., piso, puerta) <input type="text"/>				CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>
LOCALIDAD <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	AYUNTAMIENTO <input type="text"/>		
TELÉFONO 1 <input type="text"/>	TELÉFONO 2 <input type="text"/>	OTRO TELÉFONO CONTACTO <input type="text"/>		
PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		RELACIÓN DE CONVIVENCIA CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		

NOMBRE <input type="text"/>	PRIMER APELLIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO <input type="text"/>	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/otr	NÚMERO <input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Autorizo a la Administración para citarme por vía Telemática		
DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, nº, bloque, esc., piso, puerta) <input type="text"/>				CÓDIGO POSTAL <input type="text"/>
LOCALIDAD <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	AYUNTAMIENTO <input type="text"/>		
TELÉFONO 1 <input type="text"/>	TELÉFONO 2 <input type="text"/>	OTRO TELÉFONO CONTACTO <input type="text"/>		
PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		RELACIÓN DE CONVIVENCIA CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <input type="text"/>		

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/otr	NÚMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Autorizo a la Administración para citarme por vía Telemática				
DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, nº, bloque, esc., piso, puerta)				CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>				<input type="text"/>
LOCALIDAD	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OTRO TELÉFONO CONTACTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA		RELACIÓN DE CONVIVENCIA CON LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

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

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	<input type="radio"/> DNI <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> Pasap/otr	NÚMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, nº, bloque, esc., piso, puerta)				CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>				<input type="text"/>
LOCALIDAD	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OTRO 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"/> Padre/Madre/Tutor del menor (menores 18 años) <input type="radio"/> Representante ante la Administración				

### 4. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (sólo cubrir en 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"/>
DOMICILIO DONDE RESIDE HABITUALMENTE (calle/plaza, nº, bloque, esc., piso, puerta)		CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>		<input type="text"/>
LOCALIDAD	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 5. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

- Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes, entre ellos para la consulta de los datos de identidad y residencia en los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y Residencia del Ministerio de Presidencia.

- Que quedo informado/a da obligación de comunicar a la jefatura territorial de la consellería con competencias en materia de servicios sociales cualquiera variación que pueda producirse en lo sucesivo.

- Que autorizo expresamente que se solicite y suministre directamente a través de medios informáticos o telemáticos a la consellería con competencias en materia de servicios sociales la información de carácter tributario a la que se hace referencia en la normativa reguladora de este procedimiento a los efectos del cálculo de las cuantías económicas a reconocer.

En calidad de:     Solicitante     Representante Legal

### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARACTER PERSONAL

- Le informamos de que los datos personales contenidos en esta solicitud se integraran 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, de 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, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia).



## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

### 1. Número de expediente de la persona solicitante de dependencia.

Reflejar el número de expediente del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema de la persona fallecida que causa derecho a las cuantías que se reclaman.

### 2. Datos de identificación de la persona solicitante.

Reflejar los datos personales de la persona/s solicitante/s de la efectividad del derecho a las prestaciones económicas solicitadas por la persona fallecida durante la tramitación del procedimiento y la condición (comunidad hereditaria, cuidador, otros) en base a la que se solicitan.

### 3. Datos do representante.

Este apartado sólo se cumplimentará cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante y que ostente la condición de representante ante la Administración, o cuando se realiza a solicitud por varias personas y se designa a una de ellas como representante ante la Administración.

### 4. Domicilio a efectos de notificación.

Cubrir únicamente cuando se quiera recibir las notificaciones en un domicilio distinto al de residencia habitual del/de la solicitante, o dirigidas a una persona distinta al/a la solicitante, que en todo caso deberá ser el/la representante.

### 5. Documentación que se adjunta.

No se estará en la obligación de adjuntar información, datos o documentación que esté en poder de la Administración de la Comunidad Autónoma de Galicia o que, se autorice expresamente según la presente solicitud a obtener por medios propios.

## 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 y en los Registros de las Jefaturas Territoriales de la Consellería de Traballo e Benestar. Así mismo podrá 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 de Procedimiento Administrativo Común, así como por medios electrónicos a través del registro electrónico de la Xunta de Galicia.

## LEGISLACIÓN APLICABLE

- Decreto 15/2010, de 4 de febrero (dog nº 34, de 19 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, el procedimiento para la 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, 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 la 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 SOLICITANTE O PERSONA QUE LO REPRESENTA

Lugar y fecha

,  de  de



PROCEDIMIENTO <b>RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE LOS SOLICITANTES FALLECIDOS DURANTE LA TRAMITACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>BS211A</b>	DOCUMENTO <b>DECLARACIÓN</b>
---	---	---------------------------------

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CUIDADOR/A NO PROFESIONAL**

**SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN**

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	Nº EXPEDIENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Don/Doña  con DNI/NIE/PASAPORTE nº   
actuando en calidad de persona cuidadora no profesional de la persona beneficiaria arriba indicada,

**DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD**

Que se produjeron los cuidados efectivos a la persona en situación de dependencia durante el período de referencia (fecha de inicio:

; fecha fin:  ) cumpliendo con los requisitos de idoneidad y garantizando la calidad de los cuidados en todo momento, por parte de Don/Doña

Y para que conste y surta efecto ante la Consellería de Traballo e Benestar de la Comunidad de Galicia, firmo la presente Declaración en:

Lugar y fecha

,  de  de

Fdo.:

Fdo.:



PROCEDIMIENTO <b>RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE LOS SOLICITANTES FALLECIDOS DURANTE LA TRAMITACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECONOCIMIENTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA</b>	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO <b>BS211A</b>	DOCUMENTO <b>DECLARACIÓN</b>
---	---	---------------------------------

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD HEREDITARIA**

**SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN**

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	Nº EXPEDIENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Don/Doña  con DNI/NIE/PASAPORTE nº   
actuando en calidad de representante de la comunidad hereditaria de D./Doña

**DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD**

Que se produjeron los cuidados efectivos a la persona en situación de dependencia durante el período de referencia (fecha de inicio:  ; fecha fin:  ) cumpliendo con los requisitos de idoneidad y garantizando la calidad de los cuidados en todo momento, por parte de Don/Doña

Y para que conste y surta efecto ante la Consellería de Trabajo e Benestar de la Comunidad de Galicia, firmo la presente Declaración en:

Lugar y fecha  ,  de  de

Fdo.:

Fdo.: