



| | | |
|---|---|-------------------------------|
| PROCEDIMIENTO PRESTACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (LISMI) | CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO BS613A | DOCUMENTO SOLICITUD |
|---|---|-------------------------------|

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA |
| <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"/> | | | | |
| CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TELÉFONO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO | ESTADO CIVIL | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (no es necesaria si coincide con la anterior)

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA |
| <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"/> | | | | |
| CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| TELÉFONO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

OBJETO DE LA SOLICITUD

Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.

Subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte.

DATOS ESPECÍFICOS PARA LA TRAMITACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| ASISTENCIA SANITARIA | EN CALIDAD DE | NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> PERSONA TITULAR | <input type="text"/> | | | |
| En el caso de respuesta afirmativa cubra los cuadros de la derecha. | <input type="radio"/> PERSONA BENEFICIARIA | | | | |
| ¿TIENES RECONOCIDO EL GRADO DE DISCAPACIDAD? | | | | | |
| <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | | | | | |
| En caso de que la respuesta anterior fuera negativa se le informa que en base a presente solicitud se le procederá a valorar y reconocer el grado de discapacidad de la persona solicitante. Esta valoración, al ser preceptiva y vinculante, suspende el cómputo del plazo máximo de resolución de esta solicitud. | | | | | |
| ¿ESTÁ ATENDIDO/A EN UN CENTRO EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO? | ¿ESTÁ ATENDIDO/A EN UN CENTRO EN RÉGIMEN DE MEDIA PENSIÓN? | | | | |
| <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | | | | |
| Si alguna de las respuestas anteriores fue afirmativa cubra el siguiente cuadro. | | | | | |
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO O RESIDENCIA | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| ENTIDAD O PERSONA TITULAR DEL CENTRO O RESIDENCIA | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA |
| <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"/> | | | | |
| CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |



DATOS ECONÓMICOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LAS PERSONAS PERTENECIENTES A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA RELATIVOS AL AÑO FISCAL EN CURSO (cubrir sólo en el caso de tener ingresos o rentas propias)

Ingresos de la persona solicitante (retribuciones, rentas, ayudas, prestaciones, depósitos bancarios o impuestos que producen, o cualquiera otro concepto)

| Concepto | Cuantía Mensual | Cuantía anual | Empresa, organismo o persona que efectúa el pago |
|----------|-----------------|---------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ingresos de las personas de la unidad familiar (retribuciones, rentas, ayudas, prestaciones, depósitos bancarios o impuestos que producen, o cualquiera otro concepto)

| Apellidos y nombre | NIF | Relación con la persona solicitante | Concepto | Cuantía Mensual | Cuantía anual | Empresa, organismo o persona que efectúa el pago |
|--------------------|-----|-------------------------------------|----------|-----------------|---------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¿TIENE SOLICITADA OTRA PRESTACIÓN O AYUDA EN ALGUNA AAPP? SÍ NO

En caso afirmativo cubra el siguiente cuadro

| CLASE DE PRESTACIÓN | ORGANISMO AL QUE LA SOLICITÓ |
|---------------------|------------------------------|
| | |
| | |
| | |

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DECLARA

1. Que son ciertos los datos consignados en esta solicitud y estoy enterado de la obligación de comunicar al órgano gestor competente cualquiera variación que pueda producirse en lo sucesivo.
2. Que conozco las posibles responsabilidades administrativas e incluso penales existentes en los supuestos de ocultación, falseamiento de datos o cualquiera otra actuación fraudulenta dirigida a obtener o conservar las prestaciones que solicito.
3. Que si después de presentar esta solicitud, se produce alguna variación de su situación personal o económica, así como de las personas con las que convivo, le comunicaré estos cambios al Servicio de Prestaciones de la Jefatura Territorial de mi provincia de residencia, responsable de tramitación del expediente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O SE DECLARA ESTAR EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE

1. PARA TODAS LAS SOLICITUDES

- Copia del DNI o NIE de la persona solicitante, sólo en el caso de no autorizar su consulta.
- Copia del DNI o NIE de las personas que integran la unidad familiar, sólo en el caso de no autorizar su consulta en el Sistema de verificación de datos de identidad en el Anexo II.
- Copia del libro de familia en caso de personas menores de edad que integran la unidad familiar y que no tengan DNI o NIE.
- Certificado de residencia de la persona solicitante, sólo en el caso de denegar su consulta.
- Certificado de residencia de las personas que integran la unidad familiar, sólo en el caso de denegar su consulta.
- Certificado de convivencia.
- Certificado de las prestaciones e importes que figuran en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas de la persona solicitante, sólo en el caso de denegar su consulta.
- Certificado de las prestaciones e importes que figuran en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas de las personas que integran la unidad familiar, sólo en el caso de denegar su consulta.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O SE DECLARA ESTAR EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE (continuación)

1. PARA TODAS LAS SOLICITUDES (continuación)

| | | | | |
|--|--------------------------|------------|--------|-----|
| <input type="checkbox"/> Certificado de estar en situación de desempleo de la persona solicitante, cuando sea de aplicación y sólo en caso de no autorizar su consulta. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Certificado de estar en situación de desempleo de las personas que integran la unidad familiar, cuando sea de aplicación y sólo en caso de no autorizar su consulta en el anexo II. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Certificado de importes por prestaciones de desempleo de la persona solicitante, cuando sea de aplicación y sólo en caso de no autorizar su consulta. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Certificado de importes por prestaciones de desempleo de las personas que integran la unidad familiar, cuando sea de aplicación y sólo en caso de no autorizar su consulta en el anexo II. | | | | |
| | PRESENTADO | CÓD. PROC. | EXPTE. | AÑO |
| <input type="checkbox"/> Copia de la sentencia judicial que declare la incapacidad legal y/o copia del documento que acredite la representación legal cuando la solicitud se suscriba por persona distinta a la posible persona beneficiaria. | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Copia del título de discapacidad o solicitud de revisión del grado de la persona solicitante, cuando proceda y sólo en el caso de no autorizar su consulta o cuando este haya sido emitido por otra comunidad autónoma. | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Copia del título de discapacidad o solicitud de revisión del grado de las personas que integran la unidad familiar, cuando proceda y sólo en el caso de no autorizar su consulta en el Anexo II o cuando este había sido emitido por otra comunidad autónoma. | <input type="checkbox"/> | | | |
| Otra documentación | <input type="checkbox"/> | | | |
| Otra documentación | <input type="checkbox"/> | | | |
| Otra documentación | <input type="checkbox"/> | | | |

2. SÓLO SÍ SE SOLICITA EL SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y COMPENSACIÓN POR GASTOS DE TRANSPORTE

- Copia de la declaración de la renta o datos fiscal relativos al último ejercicio de la persona solicitante, sólo en el caso de denegar su consulta.
- Copia de la declaración de la renta o datos fiscal relativos al último ejercicio de las personas que integran la unidad familiar, sólo en el caso de denegar su consulta.

Autorizo a la Consellería de Política Social, de conformidad con el artículo 35.f) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y el artículo 4 de la Orden de 12 de enero de 2012 por la que se regula la habilitación de procedimientos administrativos y servicios en la Administración general y en el sector público autonómico de Galicia, a consultar la documentación indicada anteriormente.

Asimismo, declaro que dicha documentación está vigente y que no han transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento a que corresponde.

Autorizo a la Consellería de Política Social a consultar los datos de identidad de la persona solicitante en el Sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, y la Orden de la Consellería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia de 7 de julio de 2009.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo a la Consellería de Política Social a consultar los datos de discapacidad que obran en poder de la Secretaría General de Política Social de la Xunta de Galicia, de conformidad con el artículo 4 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre, por el que se simplifica la documentación para la tramitación de los procedimientos administrativos y se fomenta la utilización de medios electrónicos.

SÍ NO (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo a la Consellería de Política Social a consultar los datos de situación de desempleo que obran en poder del Servicio Público de Empleo Estatal, 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 este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo a la Consellería de Política Social a consultar los datos de importe de prestaciones de desempleo a fecha actual que obran en poder del Servicio Público de Empleo Estatal, 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 este caso se adjuntará la documentación correspondiente)

Autorizo a la Consellería de Política Social a consultar los datos de importe de prestaciones de desempleo en un periodo que obran en poder del Servicio Público de Empleo Estatal, 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 este caso se adjuntará la documentación correspondiente)



En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se le informa de que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad de la Xunta de Galicia con el objeto de gestionar el presente procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General Técnica de la Consellería de Política Social, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a sxt.politicasocial@xunta.es.

LEGISLACIÓN APLICABLE

Real decreto 383/1984, de 1 de febrero, por lo que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de minusválidos (BOE del 27/02/1984).

Orden de 31 de julio de 2015 por la que se adaptan e incorporan a la sede electrónica de la Xunta de Galicia los procedimientos administrativos de plazo abierto de la Consellería de Trabajo y Bienestar.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de



AUTORIZACIONES DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA PERSONA SOLICITANTE Y QUE SEAN CON RESPETO DE ESTE PADRE/MADRE, HERMANOS, CÓNYUGE E HIJOS SOLTEROS DE CUALQUIER EDAD

Las personas que firman el presente documento autorizan a la Consellería de Política Social, como unidad responsable del presente procedimiento administrativo, a comprobar los datos que se relacionan a continuación:

| NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE | AUTORIZA CONSULTA IDENTIDAD | AUTORIZA CONSULTA DISCAPACIDAD | AUTORIZA CONSULTA ESTADO DESEMPLEO | AUTORIZA CONSULTA PRESTACIONES DESEMPLEO FECHA ACTUAL | AUTORIZA CONSULTA PRESTACIONES DESEMPLEO PERIODO | FIRMA DE LA PERSONA O DE SU PADRE O MADRE EN EL CASO DE SER MENOR DE EDAD |
|--------------------|-----|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| | | | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |

De no ser suficiente el espacio previsto en el cuadro anterior para reflejar todas las personas que integran la unidad de convivencia deberán cubrir y enviar tantos anexos II como sean necesarios.



**AUTORIZACIÓN A LA PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DE LA SOLICITUD Y DEMÁS DOCUMENTACIÓN
POR PARTE DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA**

DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

EN CALIDAD DE

SOLICITANTE

REPRESENTANTE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

Que autorizo expresamente a la presentación de esta solicitud, así como para la presentación de la documentación necesaria derivada de esta, por parte del/de la trabajador/a social de referencia, D./Dña. ,

con el núm. de colegiado/a , en nombre de D./Dña

como persona solicitante de este procedimiento. Además, declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en esta solicitud así como en la documentación que la acompaña.

FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Lugar y fecha

, de de