

Dades sobre la situació de dependència

Té reconegut el grau de discapacitat? Sí No

En cas afirmatiu, haurà d'indicar:

Percentatge: %

Lloc on es va efectuar

Localitat:

Província:

Comunitat Autònoma:

Té reconeguda una incapacitat en grau de gran invalidesa? Sí No

Dades de residència

Té reconeguda la condició de persona emigrant retornada? Sí No

Si la resposta és afirmativa, data del retorn definitiu:

Residiu legalment a Espanya? Sí No

Heu residit legalment a Espanya durant cinc anys a partir del vostre naixement i, d'aquests, dos són consecutius i immediatament anteriors a la data d'aquesta sol·licitud? Per als menors de cinc anys el període de residència s'exigeix a qui exerceixi la seva guarda i custòdia. Sí No

Si la resposta és afirmativa, indiqueu els períodes i els llocs de residència.

Si teniu la nacionalitat d'algun país de la Unió Europea, indiqueu els períodes de residència en aquests països.

Mes/any d'inici	Mes/any de finalització	Població	Província	País

Dades de convivència

Conviu amb algú al seu domicili? Sí No

Dades bancàries

Empleneu les dades següents, tenint en compte que:

- La persona beneficiària ha de ser titular o cotitular de la llibreta o del compte corrent. (També quan aquesta sigui menor d'edat).

Titular de la llibreta o del compte corrent	DNI/NIF/NIE del/de la titular del compte
---------------------------------------------	------------------------------------------

Codi IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SWIFT/BIC

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(Aquesta segona fila només s'ha d'emplenar en el cas d'entitats bancàries estrangeres)

Marqueu amb una X si presenteu aquestes dades per primera vegada a la Generalitat de Catalunya, si han transcorregut més de cinc anys des de la darrera presentació o bé si les heu modificat.

Únicament en cas que hàgiu marcat aquesta opció, cal que l'entitat bancària doni conformitat a l'apartat següent:

Diligència de conformitat de l'entitat financera segons la qual les dades anteriors coincideixen amb les existents en aquesta oficina.

Signatura del/de la director/a de l'entitat

Segell de l'entitat

Declaracions / Autoritzacions

1. Declaro, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'hi adjunta, que compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i que estic assabentat/ada de l'obligació de comunicar al Departament de Benestar Social i Família qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.
2. Declaro que estic informat/ada que tinc l'obligació de comunicar qualsevol variació de les circumstàncies (per exemple, ingrés hospitalari o centre assistencial) en un termini de 10 dies, així com facilitar el seguiment i control de les prestacions, incloent l'accés dels serveis socials al domicili.
3. Declaro que em comprometo a aportar els documents que es requereixin relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud.
4. Declaro que estic informat/ada que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes podrà ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meva sol·licitud o l'atorgament de les prestacions econòmiques o de serveis, sense perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.
5. Declaro que autoritzo a facilitar les meves dades al Servei de Valoració de la Dependència que s'assigni per a la meva valoració, així com als professionals que hauran de proposar el Programa Individual d'Atenció.
6. Declaro que gaudeixo del servei i/o la prestació amb el suport públic següent:

Centre residencial

Centre de dia

Teleassistència

Atenció domiciliària

Assistent personal

Suport econòmic SISAP (PUA, viure en família, etc)

7. Declaro que estic atès en el domicili per un cuidador familiar o persona de l'entorn: Sí No

Si la resposta és afirmativa, indicar des de quina data:

8. Declaro que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.
9. **Autoritzo** el Departament de Benestar Social i Família a facilitar les dades aportades quan una altra administració o organisme les requereixi per fer els tràmits en què sóc part interessada.
Si **no voleu** donar aquesta autorització, senyaleu la casella següent:

Localitat

Data

Signatura de la persona sol·licitant

Signatura de la persona representant legal

Manifestació de la causa per la qual no es pot signar

Documentació que cal adjuntar a la sol·licitud

Dades personals i administratives

- Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada del NIE de la persona sol·licitant, que haurà d'estar vigent. (Els menors de 18 anys també tenen l'obligació de presentar original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada del NIE.)
- Acreditació de la representació legal per la qual s'actua.
- Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada del NIE de la persona representant legal, si escau, que haurà d'estar vigent.
- Fotocòpia de la resolució judicial, en cas d'incapacitació i acta d'acceptació de tutela que ho acrediti.
- Certificat històric d'empadronament que justifiqui 5 anys de residència en territori espanyol, dels quals 2 anys han de ser immediatament anteriors a la data de presentació d'aquesta sol·licitud, en cas que aquests períodes de residència no quedin acreditats a Catalunya. Per als menors de cinc anys el període de residència s'exigeix a qui exerceixi la seva guarda i custòdia. (1)

(1) Si ha residit 5 anys a Catalunya a comptar des de l'any 2006, no caldrà que presenti cap certificat d'empadronament.

D'acord amb l'habilitació legal establerta en la disposició addicional 7a de la Llei 2/2014, no caldrà aportar: DNI/NIF de la persona sol·licitant, del representant legal (si escau) o NIF de l'entitat tutelar.

Persona amb nacionalitat d'un altre país de la Unió Europea:

- Fotocòpia compulsada del passaport o del document d'identitat del seu país d'origen, que haurà d'estar vigent.
- Certificat de Registre de Ciutadà de la Unió (perquè els membres de la UE, EEE i Suïssa acreditin els períodes de residència i on consta el seu NIE).
- Certificat d'empadronament del seu país d'origen (en el cas que no acrediti els 5 anys amb el Certificat del Registre de la Unió).

Persona amb nacionalitat de tercers països i familiars de membres de la UE:

- Fotocòpia compulsada de l'autorització de residència vigent.
- Fotocòpia compulsada del certificat emès per la Direcció General de la Policia (Secció d'Estrangeria) justificatiu dels períodes de residència legal en territori espanyol.

Dades de salut

- Informe de salut original de menys de 2 anys on constin els diagnòstics vinculats amb la dependència, segons el MODEL 1 adjunt a aquest imprès de sol·licitud.

Aquest informe haurà de ser formalitzat, datat i signat pel/per la metge/essa de capçalera, pediatre/a o altres especialistes.

En cas d'estar ingressat en una residència o un centre sociosanitari, l'ha de sol·licitar als serveis mèdics del centre.

En cas d'estar vinculat a la xarxa de la discapacitat, als serveis mèdics, si n'hi ha.

En cas d'estar vinculat a la xarxa de salut mental, al/a la psiquiatre/a de salut mental de referència o als serveis mèdics de les unitats on està ingressat/ada.

Documentació específica

- En cas de persona amb discapacitat que hagi estat valorada fora de Catalunya, fotocòpia del certificat de persona amb discapacitat amb barem de necessitat de tercera persona.
 - En cas de persona emigrant retornada espanyola, documentació acreditativa d'aquesta condició mitjançant certificat expedit per la subdelegació del Govern.
-

Comunicació del Departament de Benestar Social i Família a la persona sol·licitant

1. En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer "Sistema per l'autonomia i l'atenció a la dependència, en l'àmbit competencial del Departament". La finalitat del fitxer és la de gestionar els procediments de reconeixement de la situació de dependència i d'elaboració del programa individual d'atenció.

Així mateix, us comuniquem que les vostres dades se cediran a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, d'acord amb la Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària; a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, d'acord amb el Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei general de la Seguretat Social, i a ens locals o entitats públiques, d'acord amb les seves competències vinculades en matèria de serveis socials.

La unitat responsable del fitxer és la Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.

Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a dg_sispap.benestar@gencat.cat i signat electrònicament amb el DNI electrònic o certificat digital reconegut).

Amb la vostra signatura, autoritzeu la unitat responsable del fitxer per al tractament de les vostres dades amb les finalitats indicades.

2. De conformitat amb la disposició final primera de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència, i amb la disposició addicional desena de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, el termini per emetre i notificar la resolució és de 6 mesos, i el sentit del silenci administratiu és desestimatori.

3. D'acord amb l'art 35 de la Llei 26/2010, del 3 d'agost de règim jurídic i de procediment de les administracions públiques de Catalunya, s'entén per declaració responsable el document subscrit per la persona interessada en què declara, sota la seva responsabilitat, que compleix els requisits establerts en la normativa vigent per accedir al reconeixement d'un dret o facultat o per al seu exercici, que disposa de la documentació acreditativa corresponent i que es compromet a mantenir-ne el compliment durant la vigència d'aquest reconeixement o exercici. La presentació de la declaració responsable faculta el Departament a verificar la conformitat de les dades que s'hi contenen sempre que sigui possible, o bé a efectuar el requeriment de documentació quan sigui necessari.

4. D'acord amb la disposició addicional setena de la Llei 2/2014, de 27 de gener, de mesures fiscals, administratives, financeres i del sector públic, publicada el dia 30 de gener al DOGC, el departament competent en matèria de serveis socials està habilitat per poder comprovar, d'ofici i sense consentiment previ de les persones interessades, les dades personals declarades per les persones sol·licitants de les prestacions per la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, i pel Decret que aprova la Cartera de serveis socials, i, si escau, les dades identificadores, la residència, el parentiu, la situació de discapacitat o dependència, el patrimoni i els ingressos dels membres de la unitat econòmica de convivència, amb la finalitat de comprovar si es compleixen en tot moment les condicions necessàries per a la percepció de les prestacions i en la quantia legalment reconeguda.



MODEL 1

Informe de salut per a la sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i del dret a les prestacions

Dades d'identificació de la persona que sol·licita la situació de dependència

Número d'afiliació a la Seg. Social	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI/NIF <input type="checkbox"/> NIE		Número identificador del document - lletra	Número de la Targeta Sanitària (CIP)

Dades del/de la metge/essa que emet l'informe

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Núm. de col·legiat/ada	Unitat productiva	Centre

Informe

Indiqueu el diagnòstic de les malalties, els trastorns o altres condicions de salut relacionades amb la situació de dependència

Té diagnosticada una malaltia rara? Sí No

Diagnòstic	Codi (1)	Data

Indiqueu les observacions que considereu rellevants en relació amb l'estat de salut de la persona pel que fa a les malalties principals, trastorns o altres condicions de salut, i de manera especial pel que fa a la història evolutiva, els tractaments rebuts i, si escau, els ajuts tècnics, ortesis i pròtesis prescrits en relació amb la dependència.

Amb les mesures terapèutiques adequades, indiqueu si la situació actual de dependència probablement es pot modificar en els propers sis mesos:

es mantindrà més o menys igual millorarà empitjorarà

Localitat _____ Data d'emissió _____

Signatura del/de la metge/essa que emet l'informe _____ Segell _____

(1) Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM-10).