



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 cumprimentar pola administración	A.X.E.: SAAD	S.G.A.D.:
---	--------------	-----------

**1. EFECTOS PARA O QUE SE SOLICITA**  
(sinale cun X o que proceda)

<input type="checkbox"/> Valoración Inicial	<input type="checkbox"/> Homologación	<input type="checkbox"/> Revisión por melloría/agravamento
---	---------------------------------------	--

**2. GRUPO DE IDADE AO QUE PERTENCE**

<input type="checkbox"/> Menor de tres anos (de 0 ata 3 anos)	<input type="checkbox"/> A partir de 3 anos
---	---

**3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.**

**SOLICITANTE : Persoa que vai a ser valorada e recoñecida nunha situación de dependencia.**

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	<input type="checkbox"/> DNI N°
			<input type="checkbox"/> NIE
			<input type="checkbox"/> Pasap./outro
DATA DE NACEMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller	NACIONALIDADE/S	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Vive en domicilio particular		<input type="checkbox"/> Reside nun Centro Residencial ou Sociosanitario	
CORREO ELECTRÓNICO		<input type="checkbox"/> Autorizo á Administración para citarme por vía Telemática	
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (RÚA/PRAZA, N°, BLOQUE, ESC. PISO, PORTA)			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDADE	PROVINCIA	CONCELLO	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO CONTACTO	
<input type="checkbox"/> SEGURIDADE SOCIAL <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> MUFACE	<input type="checkbox"/> MUGEJU	<input type="checkbox"/> ISFAS
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario/a		N° TARXETA SANITARIA	

**REPRESENTANTE**

(achegar documento que acredite a representación, ver explicacións)

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	<input type="checkbox"/> DNI N°
			<input type="checkbox"/> NIE
			<input type="checkbox"/> Pasap./outro
DOMICILIO (RÚA/PRAZA, N°, BLOQUE, ESC. PISO, PORTA)			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDADE	PROVINCIA	CONCELLO	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO CONTACTO	
TIPO DE REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GARDADOR DE FEITO <input type="checkbox"/> PAI/NAI/TITOR DO MENOR (menores de 18 anos) <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE			

**DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

(só cubrir en caso de non coincidir co domicilio do solicitante ou do seu representante )

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME
DOMICILIO (RÚA/PRAZA, N°, BLOQUE, ESC. PISO, PORTA)		CÓDIGO POSTAL
LOCALIDADE	PROVINCIA	CONCELLO

#### 4. UNIDADE DE CONVIVENCIA

(Neste apartado 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, deberá coincidir coas persoas recollidas neste apartado).

APELIDOS	NOME	DNI/NIE	Data de Nacemento	Parentesco	Solicitaron Recoñecemento de dependencia	CERTIFICADO DE DISCAPACIDADE
					<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI
					<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI
					<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI
					<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI
					<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI
					<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI

#### 5. AUTORIZACIÓN

(Só asinar si se cubre o punto 4, deberán asinar todos os consignados no punto 4, e o punto 11)

Autorizo expresamente que se solicite e se subministre directamente a través de medios informáticos ou telemáticos ao departamento da Administración Autonómica con competencia en materia de dependencia a información de carácter tributaria necesaria e ao acceso aos datos do DNI por medios dixitais.

<b>Relación de Parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónxuxe <input type="checkbox"/> Fillo/a <input type="checkbox"/> Ascendente (Nai/Pai)	SINATURA E DNI  <input type="text"/>
<b>NOME E APELIDOS</b> <input type="text"/>	
<b>Relación de Parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónxuxe <input type="checkbox"/> Fillo/a <input type="checkbox"/> Ascendente (Nai/Pai)	SINATURA E DNI  <input type="text"/>
<b>NOME E APELIDOS</b> <input type="text"/>	
<b>Relación de Parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónxuxe <input type="checkbox"/> Fillo/a <input type="checkbox"/> Ascendente (Nai/Pai)	SINATURA E DNI  <input type="text"/>
<b>NOME E APELIDOS</b> <input type="text"/>	
<b>Relación de Parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónxuxe <input type="checkbox"/> Fillo/a <input type="checkbox"/> Ascendente (Nai/Pai)	SINATURA E DNI  <input type="text"/>
<b>NOME E APELIDOS</b> <input type="text"/>	
<b>Relación de Parentesco</b> <input type="checkbox"/> Cónxuxe <input type="checkbox"/> Fillo/a <input type="checkbox"/> Ascendente (Nai/Pai)	SINATURA E DNI  <input type="text"/>
<b>NOME E APELIDOS</b> <input type="text"/>	

#### 6. DATOS SOBRE A SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

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

Ten recoñecido o grao de minusvalía?  NON  SI %

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

Ten recoñecida a necesidade de asistencia de terceira persoa (ATP)?  NON  SI PUNTUACIÓN

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

Ten recoñecida unha incapacidade de gran invalidez?  NON  SI

Se a resposta é afirmativa indique onde se efectuou:  ANO

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

Se a resposta é afirmativa indique onde se efectuou:  ANO

Autorizo ao departamento competente en materia de dependencia a obter os documentos que acreditan esta situación, de oficio.  SI  NON  
(Cando sexan emitidos pola Comunidade Autónoma de Galicia)

**7. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA**

(A cumprimentar 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 ser inmediatamente anteriores á data da solicitude e que certifique que residen na Comunidade Autónoma Galega)

Reside na actualidade na Comunidade Autónoma de Galicia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Residiu sempre en territorio Español?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
De non residir sempre en territorio Español, Residiu legalmente en España durante cinco anos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Destes cinco anos, foron dous inmediatamente anteriores á data desta solicitude?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique:	
PERÍODOS (MES E ANO)	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA / COMUNIDADE	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
É vostede emigrante español/a retornado/a?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique a data do retorno definitivo: Día/Mes/Año	<input type="text"/>

**8. DATOS SOBRE PRESTACIÓNS:**

(Obrigado cumprimento)

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

**9. SERVIZOS E PROGRAMAS**

(a cumprimentar por todos/as beneficiarios/as)

É usuario do Programa de Acollemento Familiar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Se a resposta é afirmativa, quere permanecer en dito programa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Acude a un Centro de Día	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:	
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENDEREZODO CENTRO	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
É usuario do Programa de Cheque Asistencial?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Está sendo vostede atendido nun Centro Residencial?	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:	
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENDEREO DO CENTRO	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
É usuario do Programa de Cheque Asistencial?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
É beneficiario do Servizo de Axuda no Fogar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:	
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	LOCALIDADE
	<input type="text"/>
É usuario do Programa de Cheque Asistencial?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON

**10. EXPECTATIVA SOBRE O SERVIZO OU PRESTACIÓN, QUE PODERÍA PERCIBIR**

(Indique ordeándoos de maior a menor)

SERVIZOS	Orde de preferencia numérica
Teleasistencia	<input type="text"/>
Axuda no fogar	<input type="text"/>
Centro de Atención diúrna	<input type="text"/>
Centro de noite	<input type="text"/>
Centro de atención residencial	<input type="text"/>
<b>LIBRANZAS</b>	
Libranza Vinculada ao servizo de: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Libranza para coidados no entorno familiar	<input type="text"/>
Libranza de Asistencia Persoal	<input type="text"/>

**11. Se as súas expectativas van encamiñadas cara unha Prestación Económica, indique segundo o caso**

LIBRANZA VINCULADA		
CONCELLO <input type="text"/>	ENTIDADE QUE PRESTA O SERVIZO <input type="text"/>	
LIBRANZA DE COIDADOS NO ENTORNO FAMILIAR		
NOME E APELIDOS <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	DNI/NIE <input type="text"/>
LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSOAL		
NOME E APELIDOS <input type="text"/>		DNI/NIE <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.

**12. Indique segundo o caso**

O/a seu Traballador/a Social dos servizos comunitarios de referencia é o do seu

Concello   
 Centro de Saúde   
 Outros (Hospital, Atención Especializada, etc), especifique

**13. 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, entre eles o acceso aos datos do DNI por medios dixitais, necesarias para acreditar os datos declarados cos que obren en poder das distintas Administracións Públicas competentes,
- Que quedo informado/a da obriga de comunicar ao Departamento competente 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 ao departamento da Administración Autonómica competente na materia de servizos sociais a información de carácter tributario á que se fai referencia no decreto regulador deste procedemento.

Localidade e data \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sinatura: \_\_\_\_\_

Asinado  
(Nome e Apelidos)

En calidade de:   
 SOLICITANTE   
 REPRESENTANTE LEGAL   
 GARDADOR DE FEITO

SI   
 NON

Autorizo á consellería de conformidade cos artigos 2 e 3 do Decreto 255/2008, de 23 de outubro e a orde da Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, de 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 de la Presidencia.

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:**

-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 constituídos 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 poden ser constitutivos de sanción (Título III da Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da Autonomía persoal e Atención ás persoas sen situación de dependencia).

## 14. DOCUMENTACIÓN A ADXUNTAR Á SOLICITUDE:

<input type="checkbox"/> Documentos recollidos no artigo 21 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"/>

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR A SOLICITUDE

**1. Para que se inicie unha Revisión por empeoramento ou melloría deberá aportarse (Apartado 1):**

A solicitude, marcando esta casilla, Informe de condicións de saúde no modelo oficial, emitido polo facultativo do seu réxime de asistencia sanitaria, no que se acredite que se produciu un empeoramento o 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 a instancia de parte, debeu emitirse resolución de recoñecemento de Grao e Nivel.

**2. Datos de identificación da posible persoa en situación de dependencia (Apartado 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. En caso de residir en domicilios diferentes de forma alternativa, especificar no punto 7 de observacións, o período de tempo e enderezo na que residirá a persoa solicitante.

Si ostenta dobre nacionalidade, indique as dúas no apartado correspondente.

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

Este apartado só se cumprimentará cando a solicitude se asine por persoa distinta ao solicitante e que ostente a condición de representante legal ou gardador de feito; neste último caso, deberá cubrir o modelo de declaración que lle será facilitado. No caso de menores de 18 anos, o representante será o pai, nai o titor deste menor.

**4. Domicilio a efectos de notificación (Apartado 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/á solicitante, que en todo caso deberá ser o/a representante ou gardador/a.

**5. Datos de residencia en España (Apartado 7):**

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 esixido 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 (Apartado 14):**

Deberá marcar cunha X a casilla correspondente ao documento que acompaña 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 minusvalía, recoñecemento de grande invalidez, informes médicos de especialistas, etc.

En caso de non pertencer ao Réxime da Seguridade Social, deberase aportar copia da tarxeta sanitaria correspondente.

**Presentación de solicitudes**

A solicitude, debidamente cumprimentada e acompañada da documentación requirida, poderá presentarse nas oficinas de Rexistro dos Servizos Sociais Comunitarios do domicilio do solicitante, nos Rexistros dos Departamentos 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 das Administracións Públicas e do Procedemento Administrativo Común.

LEXISLACIÓN APLICABLE  <i>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.</i>	(Para cubrir pola Administración)		NÚMERO DE EXPEDIENTE
	RECIBIDO		_____
			DATA DE ENTRADA
			___/___/___
			DATA DE EFECTOS
			___/___/___
			DATA DE SAÍDA
			___/___/___
Localidade e data  _____, de _____ de _____	REVISADO E CONFORME		

Xefe/a do Departamento Territorial de Traballo e Benestar de