



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	--------------------------------

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)

☐ Valoración Inicial	☐ Homologación	☐ Revisión por melloría/agravamento
---	---------------------------------------	--

2. GRUPO DE IDADE AO QUE PERTENCE

☐ Menor de tres anos (de 0 ata 3 anos)	☐ 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	☐ DNI ☐ NIE ☐ Pasap./outro	Nº
DATA DE NACEMENTO	SEXO ☐ Home ☐ Muller	NACIONALIDADE/S	ESTADO CIVIL ☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐ Separado/a ☐ Outro	
☐ Vive en domicilio particular		☐ Reside nun Centro Residencial ou Sociosanitario		
CORREO ELECTRÓNICO		☐ Autorizo á Administración para citarme por vía Telemática		
DOMICILIO ONDE RESIDE HABITUALMENTE (RÚA/PRAZA, Nº, BLOQUE, ESC, PISO, PORTA)			CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDADE	PROVINCIA	CONCELLO		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO CONTACTO		
☐ SEGURIDADE SOCIAL ☐ OUTRO TIPO ASISTENCIA	☐ MUFACE ☐ MUGEJU ☐ ISFAS	☐ Titular ☐ Beneficiario/a	Nº TARXETA SANITARIA	

REPRESENTANTE

(achegar documento que acredite a representación, ver explicacións)

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	☐ DNI ☐ NIE ☐ Pasap./outro	Nº
DOMICILIO (RÚA/PRAZA, Nº, BLOQUE, ESC, PISO, PORTA)			CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDADE	PROVINCIA	CONCELLO		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO CONTACTO		
TIPO DE REPRESENTACIÓN				
☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ GARDADOR DE FEITO ☐ PAI/NAI/TITOR DO MENOR (menores de 18 anos) ☐ 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, Nº, 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
					☐ NON ☐ SI	☐ NON ☐ SI
					☐ NON ☐ SI	☐ NON ☐ SI
					☐ NON ☐ SI	☐ NON ☐ SI
					☐ NON ☐ SI	☐ NON ☐ SI
					☐ NON ☐ SI	☐ NON ☐ SI
					☐ NON ☐ SI	☐ NON ☐ 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.

Relación de Parentesco

☐ Cónxuxe
☐ Fillo/a
☐ Ascendente (Nai/Pai)

SINATURA E DNI

NOME E APELIDOS

Relación de Parentesco

☐ Cónxuxe
☐ Fillo/a
☐ Ascendente (Nai/Pai)

SINATURA E DNI

NOME E APELIDOS

Relación de Parentesco

☐ Cónxuxe
☐ Fillo/a
☐ Ascendente (Nai/Pai)

SINATURA E DNI

NOME E APELIDOS

Relación de Parentesco

☐ Cónxuxe
☐ Fillo/a
☐ Ascendente (Nai/Pai)

SINATURA E DNI

NOME E APELIDOS

Relación de Parentesco

☐ Cónxuxe
☐ Fillo/a
☐ Ascendente (Nai/Pai)

SINATURA E DNI

NOME E APELIDOS

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?	☐ SI ☐ NON
Residiu sempre en territorio Español?	☐ SI ☐ NON
De non residir sempre en territorio Español,	
Residiu legalmente en España durante cinco anos?	☐ SI ☐ NON
Destes cinco anos, foron dous inmediatamente anteriores á data desta solicitude?	☐ SI ☐ NON
Se a resposta é afirmativa indique:	
PERÍODOS (MES E AÑO)	LOCALIDADE
PROVINCIA / COMUNIDADE	
É vostede emigrante español/a retornado/a? ☐ SI ☐ NON	
Se a resposta é afirmativa indique a data do retorno definitivo: Día/Mes/Año	

8. DATOS SOBRE PRESTACIÓNS:

(Obrigado cumprimento)

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

9. SERVIZOS E PROGRAMAS

(a cumprimentar por todos/as beneficiarios/as)

É usuario do Programa de Acollemento Familiar?	☐ SI ☐ NON
Se a resposta é afirmativa, quere permanecer en dito programa	☐ SI ☐ NON
Acude a un Centro de Día	☐ SI ☐ NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:	
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE
ENDEZODO CENTRO	LOCALIDADE
É usuario do Programa de Cheque Asistencial?	☐ SI ☐ NON
Está sendo vostede atendido nun Centro Residencial? ☐ Temporal ☐ Permanente	☐ SI ☐ NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:	
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE
ENDEZEZO DO CENTRO	LOCALIDADE
É usuario do Programa de Cheque Asistencial?	☐ SI ☐ NON
É beneficiario do Servizo de Axuda no Fogar?	☐ SI ☐ NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:	
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE
LOCALIDADE	
É usuario do Programa de Cheque Asistencial?	☐ SI ☐ NON

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

(Indique ordeándoas de maior a menor)

SERVIZOS	Orde de preferencia numérica
Teleasistencia	
Axuda no fogar	
Centro de Atención diúrna	
Centro de noite	
Centro de atención residencial	
LIBRANZAS	
Libranza Vinculada ao servizo de:	
Libranza para coidados no entorno familiar	
Libranza de Asistencia Persoal	

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

LIBRANZA VINCULADA		
CONCELLO 	ENTIDADE QUE PRESTA O SERVIZO 	
LIBRANZA DE COIDADOS NO ENTORNO FAMILIAR		
NOME E APELIDOS 	PARENTESCO 	DNI/NIE
LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSOAL		
NOME E APELIDOS 		DNI/NIE

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 en situación de dependencia).

14. DOCUMENTACIÓN A ADXUNTAR Á SOLICITUDE:

☐ Documentos recollidos no artigo 21 do Decreto	☐ Outros documentos:
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐

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) <table border="1"> <tr> <td>RECIBIDO</td> <td rowspan="2"> NÚMERO DE EXPEDIENTE _____ DATA DE ENTRADA ____/____/____ DATA DE EFECTOS ____/____/____ DATA DE SAÍDA ____/____/____ </td> </tr> <tr> <td>REVISADO E CONFORME</td> </tr> </table>	RECIBIDO	NÚMERO DE EXPEDIENTE _____ DATA DE ENTRADA ____/____/____ DATA DE EFECTOS ____/____/____ DATA DE SAÍDA ____/____/____	REVISADO E CONFORME
RECIBIDO	NÚMERO DE EXPEDIENTE _____ DATA DE ENTRADA ____/____/____ DATA DE EFECTOS ____/____/____ DATA DE SAÍDA ____/____/____			
REVISADO E CONFORME				
Localidade e data _____, de _____ de _____				

Xefe/a do Departamento Territorial de Traballo e Benestar de