



Núm. d'expedient: _____ / _____ / _____

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
Nom sentit <i>Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>			
Tipus d'identificació <input type="radio"/> DNI/NIF <input type="radio"/> NIE	Número identificador del document - lletra	Número de la Targeta Sanitària (CIP)	
Gènere <input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Dona <input type="radio"/> No binari	Estat civil		
Data de naixement	Lloc de naixement	Nacionalitat	

Adreça (si viu en una residència ha de posar el nom i l'adreça)

<input type="radio"/> Viu en un centre residencial	Nom del centre			
<input type="radio"/> Viu en el domicili particular				
Tipus de via (plaça, carrer, etc)	Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal		Població		
Telèfon fix		Telèfon mòbil	Adreça de correu electrònic	

Dades de contacte per fer la cita de valoració

Telèfon de contacte Tipus de relació amb la persona sol·licitant

Adreça a l'efecte de notificació (només s'ha d'emplenar en cas que l'adreça sigui diferent de l'apartat anterior)

Tipus de via (plaça, carrer, etc)	Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal		Població		

Dades d'identificació de la persona representant legal o de l'entitat tutelar (si escau)

Nom	Primer cognom	Segon cognom		
Nom sentit <i>Aquest espai s'ha d'emplenar en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.</i>				
Nom de l'entitat		NIF de l'entitat		
Tipus d'identificació <input type="radio"/> DNI/NIF <input type="radio"/> NIE	Número identificador del document - lletra			
Tipus de via (plaça, carrer, etc)	Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal		Població		
Telèfon fix		Telèfon mòbil	Adreça de correu electrònic	

Dades sobre la situació de dependènciaTé 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 convivènciaConviu 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SWIFT/BIC <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

1. Declaro, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, que la documentació que s'adjunta és una còpia idèntica del document original, que compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i que estic assabentat/ada de l'obligació de comunicar a aquest Departament 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 meua 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 meua 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 Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (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.

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

D'aquests documents n'heu d'adjuntar una còpia, excepte que s'indiqui el contrari:

Dades personals i administratives

- NIE de la persona sol·licitant, que haurà d'estar vigent. (Els menors de 18 anys també tenen l'obligació de presentar el NIE.) (2)
 - Acreditació de la representació legal per la qual s'actua.
 - NIE de la persona representant legal, si escau, que haurà d'estar vigent. (2)
 - 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)
-

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 o NIF de l'entitat tutelar.

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

(2) En el cas del NIE, atès que no es pot fer la consulta davant l'organisme corresponent, cal que l'aporteu.

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

- Passaport o 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:

- Pàgines del passaport on hi figuren les dades personals i de caducitat del document.
 - Autorització de residència vigent.
 - 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 o infermer/a de família, 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, 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 a la persona sol·licitant

1. Informació bàsica de protecció de dades del tractament "Sistema per l'autonomia i l'atenció a la dependència, en l'àmbit competencial del Departament"

Responsable del tractament: Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Drets Socials.

Finalitat: La finalitat és la de gestionar els procediments de reconeixement de la situació de dependència i d'elaboració del programa individual d'atenció.

Legitimació: El tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament.

Destinataris: Les dades es 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.

Drets de les persones interessades: Podeu accedir a les vostres dades, rectificar-les o suprimir-les, oposar-vos al tractament i sol·licitar-ne la limitació, quan sigui procedent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a autonomiaidiscapacitat.dso@gencat.cat i signat electrònicament amb el DNI electrònic o certificat digital reconegut).

Informació addicional al web: <https://dretssocials.gencat.cat/protecciodades>

Amb la vostra signatura, autoritzeu explícitament la unitat responsable per al tractament de categories especials de 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, s'habiliten les administracions públiques competents en matèria de serveis socials perquè puguin comprovar, d'ofici i sense consentiment previ de les persones interessades, les dades personals declarades pels sol·licitants de les prestacions regulades per la Llei 12/2007, de l'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

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

Nom sentit *Aquest espai s'ha d'omplir en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.*

Tipus d'identificació Número identificador del document - lletra Número de la Targeta Sanitària (CIP)
 DNI/NIF NIE

Dades del/de la metge/essa o infermer/a de família que emet l'informe

Nom Primer cognom Segon cognom

Nom sentit *Aquest espai s'ha d'omplir en cas que la persona trans* (transsexual, transgènere,) s'identifiqui amb el nom sentit d'acord amb la targeta sanitària expedida pel CatSalut.*

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 o infermer/a de família que emet l'informe

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

