

ANEXO I

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL
DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y
ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Nº Expediente:

A completar por la Administración

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha Nacimiento: _____
Sexo: Hombre Mujer Nacionalidad: _____
Estado Civil: _____ Doble Nacionalidad: _____
Domicilio en el que reside actualmente [ver hoja de instrucciones]
Calle/Plaza: _____ Nº: _____ Piso: _____ Puerta: _____
Teléf. Fijo: _____ Teléf. Móvil: _____ email: _____
Municipio: _____ Cód.Postal: _____ Provincia: _____
¿Pertenece a la Seguridad Social? SI NO. En caso negativo: MUFACE MUGEJU ISFAS
Nº Afiliación Seguridad Social: _____

DATOS DE LA PERSONA QUE OSTENTE LA REPRESENTACIÓN

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha Nacimiento: _____
Sexo: Hombre Mujer
Teléf. Fijo: _____ Teléf. Móvil: _____ email: _____
Representante:
Madre/Padre/Tutor para menores de 18 años (1 ó 2 según corresponda)
Como representante voluntario (1)
Como representante legal para mayores de 18 años (2)
Como representante de presunto incapaz para mayores de 18 años (1)
(1) Adjuntar modelo de persona guardadora de hecho.
(2) Adjuntar copia de la Sentencia Judicial.

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Obligatorio si existe representante

Calle/Plaza: _____ Nº: _____ Piso: _____ Puerta: _____
País: _____ Provincia: _____
Municipio: _____ Cód.Postal: _____

NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

Al amparo del artículo 66.1 b) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas solicito al Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia que me notifique a través del sistema de notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la Junta de Extremadura, los actos y resoluciones administrativas que se deriven de la presente solicitud. Designo a tales efectos el siguiente correo electrónico _____ y número de móvil _____ . [ver hoja de instrucciones].

DATOS DE LA RESIDENCIA

No completar si ya tiene reconocida la situación de dependencia

¿Ha residido legalmente en España durante cinco años? SI NO.

Si ha residido legalmente en España durante cinco años, ¿Dos han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha en que está solicitando la dependencia en Extremadura? SI NO.

Si alguna de las dos respuestas anteriores es negativa indique: ¿Es emigrante retornado? SI NO.

Si es emigrante retornado indique las localidades en las que ha estado empadronado en dichos periodos. Además ha de presentar acreditación de la situación de emigrante retornado.

Periodo	Municipio	Provincia

SITUACION PREVIA A ESTA SOLICITUD

¿Ha solicitado previamente valoración de dependencia en otra Comunidad Autónoma? SI NO.

Si ha solicitado previamente valoración de dependencia en otra Comunidad Autónoma, indique:

Comunidad Autónoma donde ha solicitado previamente:

¿Tiene reconocido algún grado de dependencia? SI NO.

Si tiene reconocido algún grado de dependencia indique:

Grado de dependencia reconocido Grado I Grado II Grado III.

Provincia de reconocimiento:

¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad? SI NO.

Si tiene reconocido algún grado de discapacidad indique:

Grado de discapacidad reconocido:

Provincia de reconocimiento:

Tipo de discapacidad (Dato no obligatorio):

¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona? SI NO.

Si tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona indique la puntuación:

¿Tiene diagnosticada una enfermedad rara según el catálogo reconocido? SI NO.

Si tiene diagnosticada una enfermedad rara según el catálogo reconocido, indique:

Denominación de la enfermedad:

¿Es persona perceptora de pensión contributiva de gran invalidez? SI NO.

¿ Está siendo objeto de atención en algún centro residencial, centro de día o de noche? SI NO.

Si está siendo objeto de atención en algún centro residencial, centro de día o de noche indique:

Nombre del centro:

Características de su estancia:

Permanente

Temporal por convalecencia

Temporal por otros motivos (especificar):

A) Valoración o revisión de la situación de dependencia

Valoración inicial

Revisión por empeoramiento (personas valoradas en alguna ocasión, con o sin grado de dependencia reconocido).

Revisión por mejoría (personas que tienen reconocido algún grado de dependencia y han mejorado).

B) Prestaciones (servicios y prestaciones económicas)

No tengo reconocidas prestaciones.

Solicito el acceso a una prestación o servicio público.

Tengo reconocida la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y solicito un cambio de persona cuidadora no profesional.

Tengo reconocidas prestaciones en Extremadura y solicito revisión de PIA (especificar cuál):

y deseo modificarlas por (especificar cuál):

Procedo de otra Comunidad Autónoma.

Indicar Comunidad Autónoma de procedencia:

Indicar grado reconocido:

Con grado reconocido, y solicito que se me reconozcan prestaciones en Extremadura.

Con prestación reconocida.

Indicar prestación (Ver hoja de instrucciones):

Sin grado reconocido.

PRESTACIONES QUE SOLICITA

Tipo de servicios	Recibe el servicio público y desea continuar	No recibe el servicio público y desea recibirlo	Desea recibir prestación económica vinculada al servicio
Promoción de la autonomía personal			
Teleasistencia (3)			
Ayuda a domicilio			
Centro de día			
Servicio Diurno de discapacidad (4)			
Centro de noche			
Atención residencial			
Atención residencial de discapacidad (4)			
Atención residencial salud mental (4)			
Alojamientos especiales (4)			

1. Servicios/Prestaciones económicas (ver hoja de instrucciones)

(3) El servicio de teleasistencia es compatible con otros servicios y prestaciones, excepto con el centro residencial y alojamientos especiales.

(4) Los alojamientos especiales, los servicios diurnos de discapacidad y los servicios residenciales de discapacidad y salud mental, la asignación de uno u otro servicio los realizará el órgano gestor dependiendo del cumplimiento de los criterios de inclusión requeridos.

2.Prestación económica de asistencia personal**3.Prestación económica de cuidados en el entorno familiar. Debe adjuntar el Anexo correspondiente.**

La persona que me cuida vive en mi domicilio o realiza tareas vinculadas a mi atención de al menos, 35 horas semanales: SI NO

Recibo atención desde hace más de un año por persona cuidadora no profesional en el entorno familiar:

Sí.

No, pero solicito un cambio de prestación por causas justificadas.

No, porque necesito atención desde hace menos de un año por causas sobrevenidas:

No, por otros motivos

Los servicios públicos son prioritarios sobre las prestaciones económicas. Si recibe un servicio público y excepcionalmente no quiere seguir recibéndolo explique, a continuación, qué servicio está recibiendo y los motivos de la renuncia:

Ver hoja de instrucciones

Tipo de unión:	Conyuge	Pareja de hecho (5)
Apellido 1º:		Apellido 2º:
Nombre:	DNI/NIE:	Fecha Nacimiento:
Régimen económico:	Régimen de gananciales	Régimen de separación de bienes

Miembro 1

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha Nacimiento: _____
Parentesco: _____

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha Nacimiento: _____
Parentesco: _____

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha Nacimiento: _____
Parentesco: _____

Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
Nombre: _____ DNI/NIE: _____ Fecha Nacimiento: _____
Parentesco: _____

Página 5

1. Pensiones que percibe la persona solicitante y el cónyuge/pareja de hecho

Si percibe alguna/s de las pensiones o prestaciones que se relacionan en la tabla siguiente, debe indicar la entidad pagadora y la cuantía recibida.

Tipo Prestación o pensión	Solicitante			Conyuge / pareja de hecho / miembro unidad familiar / carga familiar		
	Entidad Pagadora (6)	Cuantía Anual		Entidad Pagadora (6)	Cuantía Anual	
		Año actual (7)	Año anterior		Año actual (7)	Año anterior
Pensión no contributiva (9)						
Gran Invalidez (9)						
Pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona						
Subsidio por ayuda de tercera persona de LISMI						
Incapacidad permanente absoluta						
Orfandad						
Prestación hijo a cargo (8)						
Otras prestaciones exentas de IRPF (9)						
Otros ingresos [compensatorias, extranjero, etc.] (10)						
Prestación por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona (11)						

(6) INSS, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, Clases Pasivas, etc.

(7) Si no conoce la cuantía anual, multiplique la cuantía mensual de este año por el número de pagas.

(8) Si con posterioridad a esta solicitud comienza a percibir alguna de estas prestaciones o varía su importe, deberá comunicarlo mediante escrito dirigido a la Unidad de Gestión de Recursos, Dispositivos y Servicios de la Dirección Gerencia del SEPAD en el plazo de 10 días desde que se produzca la variación aportando el documento que lo acredite.

(9) Señale el tipo de prestación:

(10) Señale el tipo de ingreso:

(11) Indique el nombre de la persona beneficiaria de la prestación:

2. Disposiciones patrimoniales.

Donaciones, ventas y otras disposiciones patrimoniales a favor de su cónyuge, persona de análoga relación de afectividad al cónyuge o parientes hasta el cuarto grado inclusive. De cada concepto recogido en este apartado, deberá indicar en declaración responsable: identificación del bien, derecho, renta o deuda; importe; destinatario (nombre, apellidos, DNI y relación de parentesco) y fecha en la que se realizó.

A efectos de lo establecido en la Ley 41/2007 (disposición adicional quinta) comunico que en los cuatro años anteriores he realizado las disposiciones patrimoniales que indico en la declaración responsable que adjunto a esta solicitud.

3.Vivienda habitual

Referencia catastral (sólo si el interesado es el propietario):

La vivienda habitual no computará en el supuesto de que resida en su domicilio. Tampoco si vive en un centro residencial y tiene personas a su cargo que continúan residiendo en dicha vivienda. Puede consultar la referencia catastral en el recibo del impuesto de bienes inmuebles (IBI) o en la página web del Catastro.

Dirección completa de la vivienda habitual:

Teléfono de contacto:

Personas a su cargo:

Persona 1

Apellido 1º:

Apellido 2º:

Nombre:

DNI/NIE:

Fecha Nacimiento:

Parentesco:

Persona 2

Apellido 1º:

Apellido 2º:

Nombre:

DNI/NIE:

Fecha Nacimiento:

Parentesco:

Persona 3

Apellido 1º:

Apellido 2º:

Nombre:

DNI/NIE:

Fecha Nacimiento:

Parentesco:

Persona 4

Apellido 1º:

Apellido 2º:

Nombre:

DNI/NIE:

Fecha Nacimiento:

Parentesco:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que todos los datos aquí consignados son ciertos y que conozco mi obligación de comunicar al órgano competente en materia de dependencia cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales en el plazo máximo de 10 días, entre otras, cambio de domicilio, la persona cuidadora, ingreso en centro hospitalario, servicios o prestaciones públicas recibidas o disposiciones patrimoniales.

ME COMPROMETO A facilitar a los organismos competentes el seguimiento y control de las prestaciones recibidas, así como el acceso a mi domicilio por los profesionales autorizados.

A los efectos de asegurar una correcta valoración de mi situación personal, familiar y social, y con el fin de conseguir la mejor eficiencia y optimización en el uso de los recursos públicos, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la **CESIÓN DE MIS DATOS** en este procedimiento y la información relativa a las solicitudes y demandas de los servicios sociales, así como de las valoraciones e informes existentes en los sistemas de servicios sociales de responsabilidad pública, para la cesión de datos personales y sanitarios del Servicio Extremeño de Salud, a los Servicios Sociales competentes, y para la cesión de datos personales y relativos a la situación de dependencia de los Servicios Sociales competentes, al Servicio Extremeño de Salud.

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (marque si corresponde)

Se acompaña Informe Social de acuerdo con el modelo recogido como anexo IV.

AUTORIZACIONES DE LA PERSONA INTERESADA

De conformidad con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en ausencia de oposición de la persona interesada, la Comunidad Autónoma de Extremadura deberá recabar de oficio los documentos electrónicamente a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos y otros sistemas electrónicos habilitados al efecto. Mediante la presentación de esta solicitud, el órgano instructor verificará de oficio los datos de identidad, nacionalidad, residencia, discapacidad, registro civil, Registro de Parejas de Hecho de Extremadura, renta, patrimonio, catastro, seguridad social [MUFACE, MUGEJU, ISFAS] u otra entidad equivalente, informes médicos del Servicio Extremeño de Salud tanto de la solicitud inicial como en cualquier solicitud de revisión tanto de grado como de PIA.

EN CASO DE OPOSICIÓN EXPRESA A ESTAS CONSULTAS SEÑALE LA CASILLA CORRESPONDIENTE:

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de datos de identidad/nacionalidad, mis datos de identidad personal. Por ello, apporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de residencia, mis datos de domicilio o residencia. Por ello, apporto certificado actualizado de empadronamiento [máximo 5 días anteriores a la fecha de esta solicitud]

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que, en caso de traslado de mi expediente a otra Comunidad Autónoma, el órgano competente en dicha Comunidad compruebe a través del Sistema de Verificación de Datos de residencia, mis datos de domicilio o residencia. Por ello, apporto certificado actualizado de empadronamiento.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de discapacidad, mis datos sobre mi situación de discapacidad. Por ello, apporto resolución de reconocimiento del Grado de Discapacidad.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de carácter civil, cuando la persona solicitante es menor de edad y carece de DNI, hoja o extracto en la que figuren los datos personales de la vida de la persona solicitante. Por ello, apporto hoja o extracto en la que figuren los datos personales de la vida de la persona solicitante.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de carácter civil, mis datos sobre mi estado civil. Por ello, apporto certificado que indique mi situación civil.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos relativos a Parejas de Hecho, mis datos referentes a mi inscripción como Pareja de Hecho en el Registro de Extremadura. Por ello, apporto certificado que acredite mi condición de Pareja de Hecho debidamente registrada.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Renta, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, apporto autoliquidación del último ejercicio fiscal del IRPF, cuyo plazo de presentación haya finalizado a fecha de presentación de esta solicitud.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos sobre el Patrimonio, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, apporto autoliquidación del Impuesto sobre el Patrimonio del último ejercicio fiscal cuyo plazo de presentación haya finalizado a fecha de presentación de esta solicitud, o en su defecto, la relación de todos mis bienes valorados conforme a la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos del Catastro, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, apporto certificación catastral de todos mis inmuebles, incluida mi vivienda habitual.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Pensiones de la Seguridad Social, MUFACE, MUGEJU u otra entidad equivalente, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, apporto certificado expedido por el órgano competente donde consta el importe de mi pensión anual y el importe mensual del mes anterior a la fecha de registro de presentación de esta solicitud, indicando expresamente el número de pagos anuales.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación del órgano competente en materia de migraciones, mis datos referentes a mi condición de emigrante retornado. Por ello, apporto certificado para acreditar esta condición.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, al tratarse de datos de carácter especial,

AUTORIZO EXPRESAMENTE Y EN EXCLUSIVA para que los profesionales de los equipos de valoración del SEPAD comprueben de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos Sanitarios del Servicio Extremeño de Salud, mis datos referentes a mi estado de salud.

Todos los documentos citados, deberán renovarse el antes del 30 de septiembre de cada año a los efectos de poder mantener la prestación que en su caso se le reconozca.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma solicitante/ representante legal / representante de presunto incapaz

En caso de imposibilidad física de firma por parte de persona interesada, se admite la firma mediante huella dactilar, en presencia del personal funcionario competente que la diligencie.

DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. (A11003793)

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Se le informa que los datos facilitados en la presente solicitud, dirigida a la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en concordancia con lo exigido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, se tratarán de conformidad con Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/20018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

RESPONSABLE DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Dirección: Avda. de las Américas Nº 4 - 06800 Mérida (Badajoz).

Correo electrónico: dirgerencia.sepad@salud-juntaex.es

Teléfono de contacto: 924 00 38 01

Finalidad con las que vamos a gestionar sus datos personales:

Tramitación de los expedientes derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

Aplicación de lo dispuesto en el art. 37 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, desarrollado por la Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia al Ministerio competente en materia de Ley de Dependencia para los fines descritos en la normativa citada.

Tiempo que se van a mantener sus datos personales:

Se conservarán durante el tiempo de vigencia y aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

De igual modo, serán de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentos.

Destinatarios a los que se comunicará sus datos:

Podrán ser comunicados a: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud, Servicios Sociales de Atención Social Básica de Extremadura, sin precisar el previo consentimiento del interesado, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una Ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal, aunque deberemos informar de este tratamiento al interesado, salvo las excepciones previstas en el artículo 14.5 del RGPD.

Transferencias internacionales de datos:

No están previstas transferencias internacionales de datos.

Sus derechos en relación con el tratamiento de datos:

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos, a acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado.

En determinados supuestos podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso sólo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.

En determinados supuestos puede ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos, que serán entregados en un formato estructurado, de uso común o lectura mecánica a usted o al nuevo responsable de tratamiento que designe.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Dispone de formularios para el ejercicio de este derecho elaborados por la Agencia Española de Protección de Datos.

El plazo máximo para resolver es el de un mes a contar desde la recepción de su solicitud, pudiendo ser prorrogado dos meses más atendiendo al volumen de reclamaciones presentadas o a la complejidad de la misma.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, le agradecemos nos lo comuniqué debidamente por escrito con la finalidad de mantener sus datos actualizados.

A) AUTORIZACIONES REPRESENTANTES LEGALES

Si la solicitud es firmada por representante legal o representante del presunto incapaz:

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de datos de identidad/nacionalidad, mis datos de identidad personal. Por ello, aporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma solicitante/ representante legal / representante de presunto incapaz

**B) AUTORIZACIONES MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR/PAREJA DE HECHO
INDICADOS EN LA SOLICITUD (UNO POR PERSONA)**

Nº Expediente:

A completar por la Administración

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA	
D/Dña	con DNI
como miembro de la Unidad Familiar de	
D/Dña (solicitante)	con DNI

De conformidad con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en ausencia de oposición de persona autorizada, la Comunidad Autónoma de Extremadura deberá recabar de oficio los documentos electrónicamente a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos y otros sistemas electrónicos habilitados al efecto. Mediante la presentación de esta solicitud, el órgano instructor verificará de oficio los datos de identidad, nacionalidad, residencia, discapacidad, registro civil, renta, patrimonio, catastro, seguridad social [MUFACE, MUGEJU, ISFAS] u otra entidad equivalente, tanto en los procedimientos iniciados con la solicitud inicial como en cualquier solicitud de revisión tanto de grado como de PIA

EN CASO DE OPOSICIÓN EXPRESA A ESTAS CONSULTAS SEÑALE LA CASILLA CORRESPONDIENTE:

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de datos de identidad/nacionalidad, mis datos de identidad personal. Por ello, aporto copia del DNI/NIE/Pasaporte..

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de residencia, mis datos de domicilio o residencia. Por ello, aporto certificado actualizado de empadronamiento [máximo 5 días anteriores a la fecha de esta solicitud]

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Renta, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, aporto autoliquidación del último ejercicio fiscal del IRPF, cuyo plazo de presentación haya finalizado a fecha de presentación de esta solicitud.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos sobre el Patrimonio, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, aporto autoliquidación del Impuesto sobre el Patrimonio del último ejercicio fiscal cuyo plazo de presentación haya finalizado a fecha de presentación de esta solicitud, o en su defecto, la relación de todos mis bienes valorados conforme a la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos del Catastro, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, aporto certificación catastral de todos mis inmuebles, incluida mi vivienda habitual.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Pensiones de la Seguridad Social, MUFACE, MUGEJU u otra entidad equivalente, mis datos necesarios para determinar mi capacidad económica. Por ello, aporto certificado expedido por el órgano competente donde consta el importe de mi pensión anual y el importe mensual del mes anterior a la fecha de registro de presentación de esta solicitud, indicando expresamente el número de pagos anuales.

Todos los documentos citados, deberán renovarse el antes del 30 de septiembre de cada año a los efectos de poder mantener la prestación que en su caso se le reconozca.

En

, a

de

de 20

Firma cónyuge o pareja de hecho y miembros de la unidad familiar mayores de 18
años y menores de 25 años NO incapacitados legalmente

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Se le informa que los datos facilitados en la presente autorización, dirigida a la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, en concordancia con lo exigido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, se tratarán de conformidad con Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/20018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

RESPONSABLE DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

Dirección: Avda. de la Américas Nº 4 - 06800 Mérida (Badajoz).

Correo electrónico: dirgerencia.sepad@salud-juntaex.es

Teléfono de contacto: 924003801

Finalidad con las que vamos a gestionar sus datos personales:

Tramitación de los expedientes derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

Aplicación de lo dispuesto en el art. 37 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, desarrollado por la Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia al Ministerio competente en materia de Ley de Dependencia para los fines descritos en la normativa citada.

Tiempo que se van a mantener sus datos personales:

Se conservarán durante el tiempo de vigencia y aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

De igual modo, serán de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentos.

Destinatarios a los que se comunicará sus datos:

Podrán ser comunicados a: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud, Servicios Sociales de Atención Social Básica de Extremadura, sin precisar el previo consentimiento del interesado, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una Ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal, aunque deberemos informar de este tratamiento al interesado, salvo las excepciones previstas en el artículo 14.5 del RGPD.

Transferencias internacionales de datos:

No están previstas transferencias internacionales de datos.

Sus derechos en relación con el tratamiento de datos:

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos, a acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado.

En determinados supuestos podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso sólo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.

En determinados supuestos puede ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos, que serán entregados en un formato estructurado, de uso común o lectura mecánica a usted o al nuevo responsable de tratamiento que designe.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Dispone de formularios para el ejercicio de este derecho elaborados por la Agencia Española de Protección de Datos.

El plazo máximo para resolver es el de un mes a contar desde la recepción de su solicitud, pudiendo ser prorrogado dos meses más atendiendo al volumen de reclamaciones presentadas o a la complejidad de la misma.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, le agradecemos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener sus datos actualizados.

C) PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR

Nº Expediente:

A completar por la Administración

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Apellido 1º: Apellido 2º:
Nombre: DNI/NIE:

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA

Apellido 1º: Apellido 2º:
Nombre: DNI/NIE: Fecha Nacimiento:
Domicilio:
Parentesco:
No existe parentesco pero lleva más de 1 año viviendo en el mismo municipio

AUTORIZACIÓN para la verificación de datos:

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de datos de identidad/nacionalidad, mis datos de identidad personal. Por ello, apporto copia del DNI/NIE/Pasaporte.

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de residencia, mis datos de domicilio o residencia. Por ello, apporto certificado actualizado de empadronamiento [máximo 5 días anteriores a la fecha de esta solicitud]

NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que el órgano instructor compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de carácter civil, mis datos sobre mi estado civil. Por ello, apporto certificado que indique mi situación civil.

COMPROMISOS DE LA PERSONA CUIDADORA

ME COMPROMETO a mantener las condiciones tenidas en cuenta a la hora de elaborar el Programa Individual de Atención, que han llevado a considerar la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales como la alternativa más adecuada a la situación personal de la persona en situación de dependencia.

ME COMPROMETO a facilitar el acceso de los servicios sociales a la vivienda de la persona en situación de dependencia con el fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias.

ME COMPROMETO a asumir la responsabilidad del cuidado y a prestar el cuidado y atención que requiere la persona en situación de dependencia, de forma adecuada y continuada durante un periodo mínimo de 1 año a partir de la resolución de la prestación, excepto que por circunstancias sobrevenidas e imprevisibles no pueda completar este periodo.

ME COMPROMETO a facilitar toda la información y datos que me sean requeridos y que resulten necesarios para reconocer o mantener la condición de persona cuidadora no profesional, conforme a lo establecido en la legislación vigente, y de igual modo, a comunicar al órgano competente en esta materia cualquier variación de las circunstancias que fueron tenidas en cuenta para obtener la condición de persona cuidadora no profesional, así como cualquier otra incidencia que pudiera afectar a la asistencia que presta a la persona en situación de dependencia, en el plazo de diez días a contar desde que la misma que se produzcan.

En , a de de 20

Firma de la persona cuidadora

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Se le informa que los datos facilitados en el presente documento, dirigido a la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, en concordancia con lo exigido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, se tratarán de conformidad con Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/20018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

RESPONSABLE DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

Dirección: Avda. de las Américas Nº 4 - 06800 Mérida (Badajoz).

Correo electrónico: dirgerencia.sepad@salud-juntaex.es

Teléfono de contacto: 924003801

Finalidad con las que vamos a gestionar sus datos personales:

Tramitación de los expedientes derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

Aplicación de lo dispuesto en el art. 37 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, desarrollado por la Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia al Ministerio competente en materia de Ley de Dependencia para los fines descritos en la normativa citada.

Tiempo que se van a mantener sus datos personales:

Se conservarán durante el tiempo de vigencia y aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

De igual modo, serán de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentos.

Destinatarios a los que se comunicará sus datos:

Podrán ser comunicados a: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud, Servicios Sociales de Atención Social Básica de Extremadura, sin precisar el previo consentimiento del interesado, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una Ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal, aunque deberemos informar de este tratamiento al interesado, salvo las excepciones previstas en el artículo 14.5 del RGPD.

Transferencias internacionales de datos:

No están previstas transferencias internacionales de datos.

Sus derechos en relación con el tratamiento de datos:

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos, a acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado.

En determinados supuestos podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso sólo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.

En determinados supuestos puede ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos, que serán entregados en un formato estructurado, de uso común o lectura mecánica a usted o al nuevo responsable de tratamiento que designe.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Dispone de formularios para el ejercicio de este derecho elaborados por la Agencia Española de Protección de Datos.

El plazo máximo para resolver es el de un mes a contar desde la recepción de su solicitud, pudiendo ser prorrogado dos meses más atendiendo al volumen de reclamaciones presentadas o a la complejidad de la misma.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, le agradecemos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener sus datos actualizados.

HOJA DE INSTRUCCIONES

- Presente esta solicitud con todos los documentos que se indican.
- Con el fin de agilizar el trámite de esta solicitud es recomendable que esta solicitud la complete con su profesional de referencia del Servicio de Atención Social Básica [Ayuntamiento] o de la persona titulada en Trabajo Social de su centro de salud, profesionales que podrán asesorarle sobre qué medida o medidas son las más adecuadas a su demanda. Indique en la firma de la solicitud si entrega informe social junto a esta solicitud.
- Si tiene dudas en su cumplimentación o desea más información puede dirigirse al Teléfono de Atención a la Dependencia.
- Esta solicitud estará disponible en el portal web del SEPAD.

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

- Indicar el nº del DNI/NIE con todos los números y letras que lo componen.
- Las personas extranjeras completarán el número de identificación de extranjeros. Si tiene dos nacionalidades indique las dos.
- Si está ingresado en un centro residencial debe indicar como domicilio actual, el del centro residencial.
- Si el solicitante es menor de 5 años, los datos de residencia se referirán a quien ejerza su guarda y custodia.
- Teléfono: Se recomienda para poder localizar a la persona solicitante que se indique un teléfono fijo y un teléfono móvil como mínimo.
- El nº de afiliación a la seguridad social, indicando los 12 dígitos.

DATOS DEL REPRESENTANTE

- Indicar el nº del DNI/NIE con todos los números y letras que lo componen.
- Para los menores de 18 años, el representante es la persona que ejerza su guarda y custodia. En el caso de menores en situación de acogimiento, el representante es su tutor legal.
- Para actuar a través de representante voluntario, es imprescindible que el interesado tenga capacidad legal para actuar y acredite documentalmente la representación, pudiéndose utilizar el modelo correspondiente [Persona Guardadora de Hecho], que también le facilitarán las personas titulada en Trabajo Social de su Ayuntamiento/ Centro de Salud o en las Gerencias Territoriales competentes en dependencia, al igual que descargarlo en la web.

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES/NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS.

- El domicilio que se consigne en esta casilla se enviarán todas las notificaciones administrativas relativas al procedimiento.
- Este domicilio puede ser el de la persona solicitante, el de su representante, o cualquier otro, siempre que pueda garantizarse la efectiva recepción de cualquier comunicación administrativa.
- Si no se señala ninguno, las notificaciones se enviarán al domicilio de residencia consignado en el apartado “datos de la persona interesada”.
- Para la notificación electrónica se estará a lo dispuesto en el art. 43 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

DATOS DE RESIDENCIA

- Para percibir cualquiera de las prestaciones económicas es necesario residir y estar empadronado/a en Extremadura en el momento de la solicitud y con posterioridad, sin perjuicio de lo establecido en materia de traslados.

MOTIVOS DE LA SOLICITUD

Según lo que necesite puede señalar, de entre las siguientes, una opción o las dos:

Complete la parte A) sobre valoración o revisión de la situación de dependencia si:

- No tiene reconocida la situación de dependencia
- Si tiene reconocido algún grado de dependencia según la Ley 39/2006 y su situación ha empeorado o mejorado.

Complete la parte B) sobre prestaciones si:

- Necesita alguna prestación por primera vez
- Si ya está siendo atendido con alguna prestación y necesita otras más adecuadas (Revisión de PIA)
- Solicita un cambio de persona cuidadora porque ya tiene reconocida una prestación económica en el entorno familiar. En ese caso debe cumplimentar el Documento C de esta solicitud.
- Si usted tiene expediente iniciado en otra Comunidad Autónoma.

PRESTACIONES QUE SOLICITA.

Para completar este apartado ha de tener en cuenta lo siguiente:

- Los **SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL** son los de atención temprana [entre 0 y 6 años]. Para mayores de 6 años, los servicios son los de habilitación y terapia ocupacional, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y ocupación de la autonomía funcional, habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual y apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos de soporte comunitario.
- La **PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL** la puede contratar con una entidad o empresa acreditada, o directamente con un asistente personal que deberá darse de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social. Sobre esta prestación podrá tener más información con su profesional de referencia.
- Para acceder a la **PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR**. Deberá presentar documentación justificativa del parentesco existente entre la persona solicitante y la persona cuidadora [a través de Libro de Familia, inscripción de nacimiento o documentación análoga]. Sobre esta prestación podrá tener más información con su profesional de referencia.

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Se entiende por unidad familiar, de conformidad con la Ley 35/2006, de 28 de noviembre:

- La integrada por los cónyuges no separados legalmente y, si los hubiera:
 - o Los hijos/as menores, con excepción de los que, con el consentimiento de los padres, vivan independientes de éstos.
 - o Los hijos/as mayores de edad incapacitados judicialmente sujetos a patria potestad prorrogada o rehabilitada.
- En los casos de separación legal, o cuando no existiera vínculo matrimonial, la formada por el padre o la madre y todos/as los/as hijos/as que convivan con uno u otra y que reúnan los requisitos a que se refiere el apartado anterior.

DATOS ECONÓMICOS

Sólo es necesario que aporte documentación si recibe ingresos por alguno de los siguientes conceptos o se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Pensiones compensatorias en caso de separación o divorcio:
 - o Declaración responsable de los ingresos percibidos en los dos años anteriores a la solicitud.
 - o Copia de la resolución judicial o del convenio regulador de la separación o divorcio.
- Pensiones devengadas en el extranjero:
 - o Declaración responsable de los ingresos percibidos en los dos años anteriores a la solicitud.
 - o Documentación acreditativa: resolución de la entidad pagadora, justificante bancario.
- Patrimonio especialmente protegido regulado por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre:
 - o Documentación acreditativa de los bienes y rentas de la persona interesada que integran el patrimonio protegido.
- Si la persona solicitante vive en un centro residencial y la vivienda de su propiedad que ocupaba antes del ingreso está siendo utilizada por personas a su cargo, una Declaración responsable.