

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:** _____

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT EN SITUACió DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE EN SITUACIóN DE DEPENDENCIA**
1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIE
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	SEXE / SEXO	NÚM. SIP / Nº SIP	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFONS / TELÉFONOS		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

Si el domicili habitual coincidix amb el d'un centre residencial, indiqueu el nom del centre:

Si el domicilio habitual coincide con el de un centro residencial, indique el nombre del centro: _____

La persona viu a soles

La persona vive sola:
 Sí No

Centre municipal de serveis socials de referència:

Centro municipal de servicios sociales de referencia: _____

Gaudeix en l'actualitat d'un servei públic d'atenció residencial, atenció diürna o promoció?

¿Disfruta en la actualidad de un servicio público de atención residencial, atención diurna o promoción?
 Sí No

Té reconegut grau de discapacitat?

¿Tiene reconocido grado de discapacidad?
 Sí No

En cas afirmatiu, província:

En caso afirmativo, provincia: _____

Any:

Año: _____

Té reconeguda una pensió d'incapacitat en grau de gran invalidesa per la Seguretat Social?

¿Tiene reconocida una pensión de incapacidad en grado de gran invalidez por la Seguridad Social?
 Sí No

Ha iniciat expedient per al reconeixement de la situació de dependència en una altra comunitat autònoma?

¿Ha iniciado expediente para el reconocimiento de la situación de dependencia en otra comunidad autónoma?
 Sí No

En cas de percebre una pensió d'un altre país, especifiqueu-ne la quantia mensual i el país o els països:

En caso de percibir una pensión de otro país, especifique la cuantía mensual y el país o los países: _____

2.- DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES
(Cal omplir-lo únicament si són distintes de les dades de residència omplides en el punt anterior)
Hay que rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFONS / TELÉFONOS		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO**

Compta amb una persona representant o persona de suport?

¿Cuenta con una persona representante o persona de apoyo?
 Sí No

En cas afirmatiu, haurà d'omplir el document "Identificació de persones representants o de suport en el procediment de dependència".

En caso afirmativo, deberá cumplimentar el documento "Identificación de personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia"
**C CAPACITAT ECONÒMICA
CAPACIDAD ECONÓMICA**

La unitat familiar de la persona sol·licitant està integrada pels membres següents (no ho ompliu si sou l'única persona que compon la vostra unitat familiar):

La unidad familiar de la persona solicitante está integrada por los siguientes miembros (no lo rellene si usted es la única persona que compone la unidad familiar):

PARENTIU PARENTESCO	NOM I COGNOMS NOMBRE Y APELLIDOS	DNI / NIE DNI / NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	DISCAPACITAT IGUAL O SUPERIOR AL 33 % DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33 %	FIRMA PER A AUTORITZACIó ACCÉS A DADES FIRMA PARA AUTORIZACIóN DE ACCESO A DATOS
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**D SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA
SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA**

Dels serveis i les prestacions, assenyalau amb una X quins voldríeu rebre. Podeu **assenyalar, a més de la teleassistència, com a màxim 2 recursos compatibles**, tenint en compte les compatibilitats establides en la normativa autonòmica vigent.

*De los servicios y prestaciones, señale con una X cuáles desearía recibir. Puede **señalar, además de la teleasistencia, como máximo 2 recursos compatibles**, teniendo en cuenta las compatibilidades establecidas en la normativa autonómica vigente.*

Serveis de prevenció i promoció. Indiqueu els centres per orde de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol, i assenyalau la província desitjada:

Servicios de prevención y promoción. Indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera, señalando provincia deseada:

Centre de rehabilitació i integració social (CRIS).
Centro de rehabilitación e integración social (CRIS).

1r
1.º _____

2n
2.º _____

3r
3.º _____

Qualsevol a la província de:
Cualquiera en la provincia de: _____

Servei de teleassistència avançada (aporteu el model)
Servicio de teleasistencia avanzada (aporte el modelo)

Servei d'ajuda a domicili
Servicio de ayuda a domicilio

Servei de centre de dia/centre ocupacional. Marqueu un dels dos tipus i, a continuació, indiqueu els centres per orde de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol i assenyalau la província desitjada:

Servicio de centro de día/centro ocupacional. Marque uno de los dos tipos y, a continuación, indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera y señale la provincia deseada:

Centre de dia
Centro de día Centre ocupacional
Centro ocupacional

1r
1.º _____

2n
2.º _____

3r
3.º _____

Qualsevol a la província de:
Cualquiera en la provincia de: _____

Servei d'atenció residencial. Marqueu un dels tres tipus i, a continuació, indiqueu els centres per orde de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol i assenyalau la província desitjada:

Servicio de atención residencial. Marque uno de los tres tipos y, a continuación, indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera y señale la provincia deseada:

Residència
Residencia

Centre residencial de caràcter convivencial de suport extens (habitatge tutelat assistit)
Centro residencial de carácter convivencial de apoyo extenso (vivienda tutelada asistida)

Centre residencial de caràcter convivencial de suport limitat o intermitent (habitatge tutelat supervisat)
Centro residencial de carácter convivencial de apoyo limitado o intermitente (vivienda tutelada supervisada)

1r
1.º _____

2n
2.º _____

3r
3.º _____

Qualsevol a la província de:
Cualquiera en la provincia de: _____

Prestació econòmica d'assistència personal, desenvolupada per:
Prestación económica de asistencia personal, desarrollada por:

Persona física

Persona jurídica. Especifiqueu el nom de l'empresa o persona professional prestadora del servei (persona autònoma) acreditada:
Persona jurídica. Especifique el nombre de la empresa o persona profesional prestadora del servicio (persona autónoma) acreditada:

**D SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA (continuació)
SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA (continuación)**

- Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar (aporteu el model "Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora")
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (aporte el modelo "Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora")
- Prestació vinculada als serveis de prevenció i promoció (habilitació i teràpia ocupacional, atenció primerenca, estimulació cognitiva, promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia personal, habilitació psicosocial per a persones amb malaltia mental o discapacitat intel·lectual. El servei ha d'estar acreditat. Consulteu l'enllaç següent:
<https://inclusio.gva.es/va/web/dependencia/prestacions-vinculades-als-serveis>
- Prestació vinculada a los servicios de prevención y promoción (habilitación y terapia ocupacional, atención temprana, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal, habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. El servicio debe estar acreditado. Consultar en el enlace siguiente: <https://inclusio.gva.es/es/web/dependencia/prestacions-vinculades-als-serveis>
- Prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili.
Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio.
- Prestació econòmica vinculada al servei de centre de dia / centre ocupacional.
Prestación económica vinculada al servicio de centro de día / centro ocupacional.
- Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial.
Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial.

**E DECLARACIó RESPONSABLE I CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIó
DECLARACIó RESPONSABLE Y CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIóN**

La persona sol·licitant o el/la seu/a representant DECLARA, sota la seua responsabilitat:
La persona solicitante o su representante DECLARA, bajo su responsabilidad:

- Que són certes les dades d'esta sol·licitud. / *Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.*
- Que queda assabentada de l'obligació de comunicar a la Direcció General de Dependència i de les Persones Majors qualsevol variació que puga produir-se d'ara en avant.
Que queda enterada de la obligación de comunicar a la Dirección General de Dependencia y de las Personas Mayores cualquier variación que pueda producirse en lo sucesivo.

AUTORITZACIó / AUTORIZACIóN

Marqueu a continuació si autoritzeu que l'Administració consulte les dades que consten en l'Agència Tributària Estatal.
Marque a continuación si autoriza que la Administración consulte los datos que consten en la Agencia Tributaria Estatal.

- Autoritze la consulta de les dades que consten en l'Agència Tributària Estatal: SÍ NO
Autorizo la consulta de los datos que consten en la Agencia Tributaria Estatal:

**Si no autoritzeu esta consulta, haureu d'aportar la documentació acreditativa corresponent.
Si no autoriza dicha consulta, deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente.**

OPOSICIó / OPOSICIóN

Amb la firma del present document, s'autoritza l'Administració perquè realitze la consulta de la informació següent de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant:

Mediante la firma del presente documento, se autoriza para que la Administración realice la consulta de la siguiente información de la persona solicitante y, en su caso, de su representante:

- Dades d'identitat de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant.
Datos de identidad de la persona solicitante y, si es el caso, de su representante.
- Dades de naixement i filiació. / *Datos de nacimiento y filiación.*
- Dades de residència. / *Datos de residencia.*
- Reconeixement de pensions de la Seguretat Social. / *Reconocimiento de pensiones de la Seguridad Social*
- Consulta la història clínica amb la finalitat de completar la informació sanitària.
Consulta de su historia clínica con la finalidad de completar la información sanitaria.
- Dades del registre de representants. / *Datos del registro de representantes.*
- Consulta d'ajudes estatals per alumnes amb necessitats de suport educatiu
Consulta de ayudas estatales para alumnos con necesidades de apoyo educativo

Si us hi voleu oposar, és imprescindible que indiqueu a continuació la informació concreta a la consulta de la qual us oposeu i els motius que ho justifiquen.

Si desea oponerse, es imprescindible que indique a continuación la información concreta a cuya consulta se opone y los motivos que lo justifican.

- M'opose a la consulta de les dades d'identitat de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant legal.
Me opongo a la consulta de los datos de identidad de la persona solicitante y, en su caso, de su representante legal.
- M'opose a la consulta de les dades de naixement o filiació.
Me opongo a la consulta de los datos de nacimiento o filiación.
- M'opose a la consulta de les dades de residència.
Me opongo a la consulta de los datos de residencia.
- M'opose a la consulta del reconeixement de pensions de la Seguretat Social.
Me opongo a la consulta del reconocimiento de pensiones de la Seguridad Social.
- M'opose a la consulta de la meua història clínica amb la finalitat de completar la informació sanitària.
Me opongo a la consulta de mi historia clínica con la finalidad de completar la información sanitaria.
- M'opose a la consulta de les dades del registre de representants.
Me opongo a la consulta de los datos del registro de representantes.
- M'opose a la consulta d'ajudes estatals per alumnes amb necessitats de suport educatiu
Me opongo a la consulta de ayudas estatales para alumnos con necesidades de apoyo educativo

MOTIU DE L'OPOSICIó O NO AUTORITZACIó / MOTIVOS DE LA OPOSICIóN O NO AUTORIZACIóN:

**E DECLARACIÓ RESPONSABLE I CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ
DECLARACIÓN RESPONSABLE Y CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN**

AVÍS / AVISO:

Si no autoritzeu o us oposeu a la consulta de les dades indicades, quedeu obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents.
Si no autoriza o se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

Se us informa que d'acord amb el que s'establix en la disposició addicional huitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar les dades indicades en la present sol·licitud.

Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar los datos manifestados en la presente solicitud.

_____ , _____ d _____ del _____

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La/les persona/es representant/s o persona/es de suport
La/s persona/s representante/s o persona/s de apoyo

Firma: _____

Firma: _____

**F DOCUMENTACIó QUE S'HA D'APORTAR JUNTAMENT AMB ESTA SOL·LICITUD
DOCUMENTACIóN QUE SE DEBE APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD**

1. Documentació obligatòria / Documentación obligatoria

- Informe de salut / *Informe de salud.*
- Certificat/s d'empadronament històric/s que acredite/n la residència en territori espanyol durant cinc anys, dels quals dos hauran de ser immediatament anteriors a la data de la sol·licitud. Quan es tracte d'una persona sol·licitant menor de cinc anys, es presentarà el certificat d'empadronament històric de la persona que n'exercix la guarda i custòdia.
Certificado/s de empadronamiento histórico/s que acredite/n la residencia en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud. Cuando se trate de una persona solicitante menor de cinco años, se presentará el certificado de empadronamiento histórico de la persona que ejerza su guarda y custodia.
- Certificat de discapacitat complet, només en el cas d'haver sigut emés en una altra comunitat autònoma.
Certificado de discapacidad completo, solo en el caso de haber sido emitido en otra comunidad autónoma.
- Model de domiciliació bancària. / *Modelo de domiciliación bancaria.*

2. Documentació que heu d'aportar si no autoritzeu l'accés a dades / Documentación que debe aportar si no autoriza el acceso a datos

- Fotocòpia del DNI/NIE de la persona sol·licitant. / *Fotocopia del DNI/NIE de la persona solicitante.*
- Fotocòpia del llibre de família, en cas de persones menors d'edat o, en defecte d'això, certificat literal de naixement.
Fotocopia del libro de familia, en caso de personas menores de edad o, en su defecto, certificado literal de nacimiento.
- Certificat o volant d'empadronament de la persona sol·licitant en un municipi de la Comunitat Valenciana.
Certificado o volante de empadronamiento de la persona solicitante en un municipio de la Comunidad Valenciana.
- Fotocòpia de la resolució de gran invalidesa, en el cas que la persona sol·licitant dispose de reconeixement d'esta pensió.
Fotocopia de la resolución de gran invalidez, en el caso de que la persona solicitante disponga de reconocimiento de dicha pensión.
- Fotocòpia de la resolució del Ministeri d'Educació per la qual se li reconeixen ajudes estatals per a alumnes amb necessitats de suport educatiu, només en cas de persones que es troben cursant estudis preuniversitaris.
Fotocopia de la resolución del Ministerio de Educación por la que se le reconocen ayudas estatales para alumnos con necesidades de apoyo educativo, solo en el caso de personas que se encuentren cursando estudios preuniversitarios

3. Documentació específica segons el recurs sol·licitat / Documentación específica según el recurso solicitado

Prestació econòmica d'assistència personal: / Prestación económica de asistencia personal:

* Si l'assistència es presta per una persona física: / *Si la asistencia se presta por persona física:*

- Declaració responsable de la persona assistent personal. / *Declaración responsable de la persona asistente personal.*
- Projecte de vida independent. / *Proyecto de vida independiente.*
- Fotocòpia del DNI/NIE de la persona assistent personal, només en cas que esta no preste el consentiment perquè l'òrgan instructor consulte esta dada.
Fotocopia del DNI/NIE de la persona asistente personal, sólo en el caso de que esta no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte este dato.

* Si l'assistència es presta per una persona jurídica, projecte de vida independent.
Si la asistencia se presta por persona jurídica, proyecto de vida independiente.

* Si l'assistència es presta a una persona menor d'edat, annex. Necessitat d'acompanyament de la persona professional d'assistència terapèutica infantil (PATI) en l'àmbit educatiu, només en cas que es produísca acompanyament de la PATI en el centre escolar
Si la asistencia se presta a una persona menor de edad, anexo. Necesidad de acompañamiento de la persona profesional de asistencia terapéutica infantil (PATI) en el ámbito educativo, solo en el caso de que se vaya a producir acompañamiento de la PATI en el centro escolar.

Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar: / Prestación económica para cuidados en el entorno familiar:

- Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora. Si tindrà dos persones cuidadores amb relació familiar, s'haurà de presentar la documentació esmentada per cada una d'elles.
Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora. Si va a tener dos personas cuidadoras con relación familiar, se presentará la documentación citada para cada una de ellas.
- Fotocòpia del DNI/NIE de la persona cuidadora, només en cas que esta no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte esta dada.
Fotocopia del DNI/NIE de la persona cuidadora, solo en el caso de que esta no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte este dato.

Servei de prevenció i promoció, servei de centre de dia o servei d'atenció residencial:

Servicio de prevención y promoción, servicio de centro de día o servicio de atención residencial:

- Informe social del/de la treballador/a social del servei, segons l'article 5é del Decret 62/2017, de 19 de maig, en cas que la persona beneficiària es trobe gaudint d'un servei privat d'atenció residencial, atenció diürna o promoció acreditat, i es pretenga que continue en este.
Informe social del/de la trabajador/a social del servicio, según al artículo 5.º del Decreto 62/2017, de 19 de mayo, en caso de que la persona beneficiaria se encuentre disfrutando de un servicio privado de atención residencial, atención diurna o promoción debidamente acreditado, y se pretenda su continuidad en el mismo.
- Fotocòpia del contracte i les tres últimes factures, quan la persona beneficiària es trobe rebent de manera privada algun dels serveis acreditats per l'Administració de la Generalitat, i opte per continuar rebent-lo com a prestació econòmica vinculada al servei.
Fotocopia del contrato y las tres últimas facturas, cuando la persona beneficiaria se encuentre recibiendo de forma privada alguno de los servicios acreditados por la Administración de la Generalitat, y opte por seguir recibéndolo como prestación vinculada al servicio.
- Interlocutòria d'internament, en el cas de persones que necessiten mesures de suport per a l'exercici de la seua capacitat jurídica i que no sol·liciten voluntàriament el servei d'atenció residencial.
Auto de internamiento, en el caso de personas que necesitan medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y que no soliciten voluntariamente servicio de atención residencial.

Servei de teleassistència avançada: / Servicio de teleasistencia avanzada:

- Model de servei de teleassistència avançada
Modelo de servicio de teleasistencia avanzada

4. En cas que la persona sol·licitant actue a través d'una persona representant o persona de suport, haurà d'aportar:

En caso de que la persona solicitante actúe a través de una persona representante o persona de apoyo, deberá aportar:

- Document "Identificació de persones representants o de suport en el procediment de dependència".
Documento "Identificación de personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia.
- Fotocòpia del DNI de la persona representant o persona de suport, només en el cas de no prestar el consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat.
Fotocopia del DNI/NIE de la persona representante o persona de apoyo, sólo en el caso de no prestar su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad.

**F DOCUMENTACIó QUE S'HA D'APORTAR JUNTAMENT AMB ESTA SOL·LICITUD
DOCUMENTACIóN QUE SE DEBE APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD**

Persones majors d'edat / Personas mayores de edad:

- Si compta amb mesures de suport voluntàries: document notarial en què s'establixen.
Si cuenta con medidas de apoyo voluntarias: documento notarial donde se establecen.
- Si compta amb poder notarial general: fotocòpia del poder notarial.
Si cuenta con poder notarial general: fotocopia del poder notarial.

En aquests casos i, com que es tracta d'una representació voluntària, la signatura de la persona interessada també es considerarà vàlida. Si no signa la persona interessada i el que aporten és una mesura de suport voluntària o un poder notarial general mancomunats, la sol·licitud haurà d'estar signada per la totalitat de les persones apoderades, mentre que el model de domiciliació bancària el signarà la persona apoderada que s'haja identificat com a representant en eixe model. Per contra, si la mesura de suport voluntària o el poder notarial general és solidari, serà suficient amb la signatura d'una de les persones apoderades.

En estos casos y, como se trata de una representación voluntaria, la firma de la persona interesada también se considerará válida. Si no firma la persona interesada y lo que aportan es una medida de apoyo voluntaria o un poder notarial general mancomunados, la solicitud deberá estar firmada por la totalidad de las personas apoderadas, mientras que el modelo de domiciliación bancaria lo firmará la persona apoderada que se haya identificado como representante en el mismo. Por el contrario, si la medida de apoyo voluntaria o el poder notarial general es solidario, será suficiente con la firma de una de las personas apoderadas.

- Si compta amb representant administratiu designat en la seu electrònica: justificant del registre electrònic d'apoderaments.
Si cuenta con representante administrativo designado en la sede electrónica: justificante del registro electrónico de apoderamientos.
- Si compta amb representant administratiu designat en document d'atorgament de la representació: model normalitzat en el qual es designa la persona representant en el procediment de dependència.
Si cuenta con representante administrativo designado en documento de otorgamiento de la representación: modelo normalizado en el que se designa a la persona representante en el procedimiento de dependencia.

En el cas que actuen mitjançant representant administratiu, la signatura de la persona sol·licitant podrà ser suplida per la de la persona que haja designat en el document de representació administrativa que aporte al procediment, excepte en el Model de domiciliació bancària que haurà d'estar signat obligatòriament per la persona interessada.

En el caso de que actúen mediante representante administrativo, la firma de la persona solicitante podrá ser suplida por la de la persona que haya designado en el documento de representación administrativa que aporte al procedimiento, excepto en el Modelo de domiciliación bancaria que deberá estar firmado obligatoriamente por la persona interesada

- Si compta amb persona guardadora de fet: / *Si cuenta con persona guardadora de hecho:*
 - * En cas d'estar designat judicial o notarialment, sentència judicial o document notarial en el qual es designa a esta persona / *En caso de estar designado judicial o notarialmente, sentencia judicial o documento notarial en el que se designe a esta persona.*
 - * En cas de no disposar de sentència judicial o document notarial, haurà d'aportar la declaració de la persona guardadora de fet, en model normalitzat / *En caso de no disponer de sentencia judicial o documento notarial, deberá aportar la declaración de la persona guardadora de hecho, en modelo normalizado.*

En tots dos casos, la sol·licitud i el model de domiciliació bancària podran estar signats per la persona interessada o per la persona guardadora de fet. / *En ambos casos, la solicitud y el modelo de domiciliación bancaria podrán estar firmados por la persona interesada o por la persona guardadora de hecho.*

- Si compta amb curador/a o defensor/a judicial: sentència judicial en la qual s'establisca la mesura i el document d'acceptació del càrrec de curador/a o defensor/a judicial.
Si cuenta con curador/a o defensor/a judicial: sentencia judicial en la que se establece la medida y el documento de aceptación del cargo de curador/a o defensor/a judicial.

En el cas que compte amb curador/a representatiu/va, la sol·licitud i el model de domiciliació bancària hauran d'estar signats per la persona designada com a curador representatiu.

En el caso que cuente con curador/a representativo/a, la solicitud y el modelo de domiciliación bancaria deberán estar firmados por la persona designada como curador representativo.

En el cas que compte amb curador/a assistencial, la sol·licitud i el model de domiciliació bancària hauran d'estar signats per la persona sol·licitant.

En el caso que cuente con curador/a asistencial, la solicitud y el modelo de domiciliación bancaria deberán estar firmados por la persona solicitante.

En el cas que compte amb defensor/a judicial, s'haurà d'estar a les atribucions que li atorgue la sentència judicial.

En el caso que cuente con defensor/a judicial, se estará a las atribuciones que le otorgue la sentencia judicial.

En cas que la representació o mesura de suport siga exercida per una persona jurídica s'indicarà el seu nom en el primer quadre de l'apartat B i s'haurà d'aportar / *En caso de que la representación o medida de apoyo sea ejercida por una persona jurídica se indicará su nombre en el primer cuadro del apartado B y se deberá aportar:*

- Estatuts de l'entitat en els quals quede acreditat degudament que poden exercir funcions de representació davant les administracions públiques / *Estatutos de la entidad en los que quede debidamente acreditado que pueden ejercer funciones de representación ante las administraciones públicas.*
- Nomenament pel qual l'entitat designa al representant d'esta persona jurídica / *Nombramiento por el que la entidad designa al representante de dicha persona jurídica.*
- Document que acredite la voluntat de la persona interessada de ser representada per esta entitat davant les administracions públiques, o resolució judicial en la qual se li atorgue la representació / *Documento que acredite la voluntad de la persona interesada de ser representada por dicha entidad ante las administraciones públicas, o resolución judicial en la que se le otorgue la representación.*

Persones menors d'edat / Personas menores de edad:

- En cas de persones menors d'edat tutelades per l'entitat pública: resolució administrativa en la qual es declara el desemparament i se n'assumix la tutela.

En caso de personas menores de edad tuteladas por la entidad pública: resolución administrativa en la que se declara el desamparo y se asume la tutela.

- En cas de persones menors d'edat subjectes a tutela ordinària: sentència judicial en la qual s'establix la mesura i el document d'acceptació del càrrec de tutor/a.

En caso de personas menores de edad sujetas a tutela ordinaria: sentencia judicial en la que se establece la medida y el documento de aceptación del cargo de tutor/a.

En tots dos casos, tant la sol·licitud com el model de domiciliació bancària hauran d'estar signats per la persona designada com a tutor/a.

En ambos casos, tanto la solicitud como el modelo de domiciliación bancaria deberán estar firmados por la persona designada como tutor/a.

- En el cas de sol·licitants menors d'edat que no compten amb tutela administrativa o judicial, la sol·licitud haurà d'estar signada pels dos progenitors, mentre que el model de domiciliació bancària el signarà el/la progenitor/a que s'haja identificat com a representant en eixe model.

En el caso de solicitantes menores de edad que no cuenten con tutela administrativa o judicial, la solicitud deberá estar firmada por los dos progenitores, mientras que el modelo de domiciliación bancaria lo firmará el/la progenitor/a que se haya identificado como representante en el mismo.

En cas de sol·licitants menors d'edat que compten únicament amb filiació materna o paterna, el model de sol·licitud i el model de domiciliació bancària els firmarà eixe únic/a progenitor/a.

En caso de solicitantes menores de edad que cuenten únicamente con filiación materna o paterna, el modelo de solicitud y el modelo de domiciliación bancaria los firmará ese único/a progenitor/a.

**G INSTRUCCIONS PER A OMLIR ESTA SOL·LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD**

A. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIó DE DEPENDÈNCIA

1. Dades personals.
2. Dades a l'efecte de notificacions. En este apartat es consignaran les dades en què voleu rebre les notificacions i els possibles requeriments

B. DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de dependència tinga representant o persona de suport, haurà d'indicar-ho en aquest apartat, s'haurà d'omplir el document "Identificació de les persones representants o de suport en el procediment de dependència", i caldrà acreditar aquesta condició mitjançant la presentació de la documentació adient.

Tant la documentació a presentar com les persones habilitades per a la signatura en el procediment de dependència, es troben descrites en l'apartat F - punt 4.

C. DADES DE LA CAPACITAT ECONòMICA DE LA UNITAT FAMILIAR

Es considera com a unitat familiar amb fills/filles a càrrec la integrada per la persona beneficiària i, si és el cas, el/la cònjuge o parella de fet i els fills/filles, siguen per naturalesa, adopció o acolliment, sempre que, en este últim cas, siguen menors de 25 anys o majors d'esta edat amb un grau de discapacitat igual o superior al 33 %. Ningú podrà formar part de dos unitats familiars al mateix temps.

La determinació dels membres de la unitat familiar es realitzarà atenent la situació el dia 31 de desembre de cada any.

Les dades relatives a la renda personal de la persona sol·licitant i, si és el cas, de la seua unitat familiar, s'obtidran de la informació sobre l'Impost de la Renda de les Persones Físiques que es troba en poder de l'Agència Estatal d'Administració Tributària, referents a l'exercici corresponent, per mitjans informàtics o telemàtics.

Amb la firma en la columna corresponent de la taula de l'apartat C, els membres de la unitat familiar AUTORITZEN expressament l'Administració a sol·licitar i obtindre de manera telemàtica les dades d'identitat, residència, econòmiques i de discapacitat d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència, de les prestacions que es puguen derivar d'este reconeixement i també per al seguiment i control d'estes prestacions, a fi que es procedisca al seu càlcul i es verifique el compliment dels seus requisits. Es considerarà que no autoritza l'accés a les seues dades la persona que no signe en l'apartat corresponent, i, en este cas, estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

No obstant això, en cas de no poder obtindre la informació telemàtica, es requeriran les persones interessades perquè presenten una fotocòpia de la declaració de l'IRPF del últim exercici liquidat, així com un certificat de la pensió o les pensions que reben en l'any de la sol·licitud. Tot això, sense perjudi de demanar qualsevol altra informació complementària durant el procés. En cas que la persona sol·licitant o qualsevol membre de la unitat familiar, que no realitzen declaració de l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques, hagen de satisfer una pensió compensatòria a favor del cònjuge o anualitats per aliments, hauran d'acompanyar la fotocòpia corresponent de la sentència judicial ferma de la qual es deriven.

En el cas de necessitar més files en la taula que fa referència als membres de la unitat familiar pot adjuntar, en un full a part i amb les mateixes caselles, el nombre de familiars que vulga afegir-hi.

D. SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA

Atesa la normativa vigent, es podran sol·licitar dos recursos compatibles entre si, més el servei de teleassistència avançada.

- En cas de marcar com a preferència "Serveis de prevenció i promoció", s'haurà d'indicar per orde de preferència un màxim de 3 centres. Si no es desitja triar-ne cap concret, es complimentarà l'opció de "Qualsevol a la província de", i, a continuació caldrà indicar la província triada.

- En cas de marcar com a preferència el Servei de centre de dia, s'haurà d'assenyalar una de les dos opcions recollides en este ítem, i, a continuació s'haurà d'indicar per orde de preferència un màxim de 3 centres. Si no es desitja triar cap centre concret, s'haurà d'omplir l'opció de "Qualsevol a la província de", i a continuació s'indicarà la província triada.

- En cas de marcar com a preferència el Servei d'atenció residencial, s'haurà d'assenyalar una de les tres opcions recollides en este ítem, i, a continuació s'haurà d'indicar per orde de preferència un màxim de 3 centres. Si no es desitja triar cap centre concret, es complimentarà l'opció de "Qualsevol a la província de", indicant a continuació la província triada.

En tots els casos, si s'omplin totes les opcions, es prioritzarà l'opció dels centres assenyalats, i esta s'enten com la desitjada per la persona sol·licitant.

En el cas que se sol·licite una prestació vinculada al servei, s'haurà de consultar en el full web de la Vicepresidència Primera i Conselleria de Servicis Socials, Igualtat i Vivenda la llista d'entitats acreditades per a la prestació del servei sol·licitat.

**G INSTRUCCIONS PER A OMLIR ESTA SOL·LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD**

A. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIóN DE DEPENDENCIA

1. Datos personales.
2. Datos a efectos de notificaci3n. En este apartado se consignar3n los datos donde usted quiere recibir las notificaciones y posibles requerimientos.

B. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO

Cuando la persona solicitante del reconocimiento de dependencia tenga representante o persona de apoyo, deber3 indicarlo en este apartado, cumplimentar el documento "Identificaci3n de las personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia", y acreditar esta condici3n mediante la presentaci3n de la documentaci3n pertinente.

Tanto la documentaci3n a presentar como las personas habilitadas para la firma en el procedimiento de dependencia, se encuentran descritas en el apartado F – punto 4.

C. DATOS DE LA CAPACIDAD ECONóMICA DE LA UNIDAD FAMILIAR

Se considera como unidad familiar con hijos/hijas a cargo aquella integrada por la persona beneficiaria y, si procede, su c3nyuge o pareja de hecho y los hijos/hijas, ya sean por naturaleza, adopci3n o acogida, siempre que, en este 3ltimo caso, sean menores de 25 a3os o mayores de esta edad con un grado de discapacidad igual o superior al 33 %. Nadie podr3 formar parte de dos unidades familiares al mismo tiempo.

La determinaci3n de los miembros de la unidad familiar, se realizar3 atendiendo la situaci3n el d3a 31 de diciembre de cada a3o.

Los datos relativos a la renta personal de la persona solicitante y, si es el caso, de su unidad familiar, se obtendr3n de la informaci3n sobre el Impuesto de la Renta de las Personas F3sicas que est3 en poder de la Agencia Estatal de Administraci3n Tributaria, referentes al ejercicio correspondiente, por medios inform3ticos o telem3ticos.

Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla del apartado C, los miembros de la unidad familiar AUTORIZAN expresamente a la Administraci3n a solicitar y obtener de forma telem3tica los datos de identidad, residencia, econ3micos y de discapacidad de otras administraciones p3blicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situaci3n de dependencia, de las prestaciones que puedan derivar de este reconocimiento y tambi3n para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su c3lculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos. Se entender3 que no autoriza el acceso a sus datos la persona que no firme en el apartado correspondiente, en cuyo caso estar3 obligada a aportar los documentos en los t3rminos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

No obstante, en caso de no poder obtener la informaci3n telem3tica, se requerir3 a las personas interesadas que presenten una fotocopia de la declaraci3n del IRPF del 3ltimo ejercicio liquidado, asi como un certificado de la pensi3n o las pensiones que reciben en el a3o de la solicitud. Todo esto, sin perjuicio de solicitar cualquier otra informaci3n complementaria durante el proceso. En caso de que la persona solicitante o cualquier miembro de la unidad familiar, que no realizan declaraci3n del Impuesto sobre la Renta de las Personas F3sicas, tengan que satisfacer una pensi3n compensatoria a favor del c3nyuge o anualidades por alimentos, deber3n acompa3ar la correspondiente fotocopia de la sentencia judicial firme de la cual se derivan.

En el caso de necesitar m3s filas en la tabla que hace referencia a los miembros de la unidad familiar puede adjuntar, en una hoja aparte y con las mismas casillas, el n3mero de familiares que quiera a3adir.

D. SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA

Atendiendo a la normativa vigente, se podr3n solicitar dos recursos compatibles entre s3, m3s el servicio de teleasistencia avanzada.

- En caso de marcar como preferencia "Servicios de prevenci3n y promoci3n", se deber3 indicar por orden de preferencia un m3ximo de 3 centros. Si no se desea elegir ninguno en concreto, se cumplimentar3 la opci3n de "Cualquier en la provincia de", indicando a continuaci3n la provincia elegida.

- En caso de marcar como preferencia el "Servicio de centro de d3a", se deber3 se3alar una de las dos opciones recogidas en este ítem, y, a continuaci3n, se indicar3 por orden de preferencia un m3ximo de 3 centros. Si no se desea elegir ning3n centro concreto, se cumplimentar3 la opci3n de "Cualquier en la provincia de", indicando a continuaci3n la provincia elegida.

- En caso de marcar como preferencia el servicio de atenci3n residencial, se tendr3 que se3alar una de las tres opciones recogidas en este ítem, y, a continuaci3n, se indicar3 por orden de preferencia un m3ximo de 3 centros. Si no se desea elegir ning3n centro concreto, se cumplimentar3 la opci3n de "Cualquier en la provincia de", indicando a continuaci3n la provincia elegida.

En todos los casos, si se rellenan todas las opciones, se priorizar3 la opci3n de los centros se3alados, entendi3ndose esta como la deseada por la persona solicitante.

En el supuesto de que se solicite una Prestaci3n Vinculada al Servicio, se tendr3 que consultar en la hoja web de la Vicepresidencia Primera y Conseller3a de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda el listado de entidades acreditadas para la prestaci3n del servicio solicitado.

H **CLÀUSULA D'INFORMACIóN SEGONS RGPD (reglament general de protecció de dades)**
CLAÚSULA DE INFORMACIóN SEGÚN RGPD (reglamento general de protección de datos)

Nom de l'activitat de tractament Nombre de la actividad de tratamiento	Sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i del dret a les prestacions del sistema, així com de posteriors revisions del grau. <i>Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema, así como de posteriores solicitudes de revisión del grado.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència Primera i Conselleria de Servicis Socials, Igualtat i Vivenda <i>Vicepresidencia Primera y Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda</i>
Finalitat del tractament Finalidad del tratamiento	Gestió del procediment inicial per al reconeixement de la situació de dependència i de les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència. <i>Gestión del procedimiento inicial para el reconocimiento del grado de dependencia y de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.</i>
Drets de les persones Derechos de las personas	La persona interessada té dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, a la rectificació o supressió d'estes, a la limitació del seu tractament o a oposar-s'hi al mateix per mitjà d'un escrit que siga conforme a les instruccions que s'indiquen en la política de protecció de dades, enllaç: https://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970 <i>La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de estos, a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo por medio de un escrito que sea conforme a las instrucciones que se indican en la política de protección de datos enlace:</i> https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970
Més informació Más información	Disposeu de més informació sobre este tractament en el Registre d'activitats de tractament de la Conselleria, enllaç: https://inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-GESTI%C3%93+DEL+SERVEI+INTEGRAL+D%27ATENCI%C3%93+A+PERSONES+EN+SITUACI%C3%93+DE+DEPEND%C3%88NCIA.pdf/6132cef9-d422-4580-b3b3-dc3524378f8d?t=1555426404432 <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de actividades de tratamiento de la Consellería enlace:</i> http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/167999531/14-+GESTI%C3%93N+DEL+SERVICIO+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e