

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

|                    |           |                    |           |
|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| DNI o CIF          | Teléfono  | DNI o CIF          | Teléfono  |
| Nombre y Apellidos |           | Nombre y Apellidos |           |
| Domicilio          | CP        | Domicilio          | CP        |
| Municipio          | Provincia | Municipio          | Provincia |
| Correo electrónico |           | Correo electrónico |           |

**HECHOS Y RAZONES:**

Por ser una persona que necesita apoyo para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y necesitar algún tipo de servicio/prestación, aporto la documentación que a continuación se relaciona:

| Aporta | No aporta | No procede | Documento   |
|--------|-----------|------------|---|
|        |           |            | Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia del derecho a las prestaciones del sistema, de la Conselleria de Bienestar Social. <b>(Firmado únicamente por la persona solicitante, exceptuando si existe guardador de hecho o representante legal, que solo lo firmará este último.)</b>  |
|        |           |            | Informe de salud, de la Conselleria de Bienestar Social, para el reconocimiento de prestaciones sociales firmado y cuñado por el médico de cabecera.  |
|        |           |            | En caso de que la persona solicitante opte por algún servicio para la atención de personas de enfermedad mental crónica: CRIS (centro de rehabilitación e integración social), Centro de Día para personas con enfermedad mental crónica, CEEM (centro específico para enfermos mentales), o Vivienda Tutelada, deberá adjuntar un <b>informe clínico del servicio de salud mental</b> en el que se esté atendida y que incluya la derivación al servicio solicitado. |
|        |           |            | Empadronamiento histórico del solicitante que acredite residencia en España durante <b>5 años. En caso de menores de 5 años el empadronamiento se demandará a sus tutores legales.</b>  |
|        |           |            | Modelo de Domiciliación bancaria, de la Conselleria de Bienestar Social, firmada por la persona solicitante excepto en el caso de que la persona <b>solicitante</b> sea menor de edad o esté incapacitado judicialmente en cuyo caso firmará su <b>representante legal. El titular de la cuenta ha de ser la persona solicitante. (No es necesario el cuño de la entidad bancaria)</b>  |
|        |           |            | Fotocopia compulsada de la libreta del banco cuyos datos coincidan con los del modelo de domiciliación bancaria y cuyo titular sea la persona solicitante.  |
|        |           |            | <b>Fotocopia compulsada del DNI o NIE de la persona solicitante.</b>  |
|        |           |            | <b>Fotocopia compulsada del libro de familia para los solicitantes menores de edad.</b>   |
|        |           |            | Fotocopia compulsada del DNI o NIE de la unidad familiar (hijos menores de 18 años y mayores de 18 años incapacitados judicialmente).   |
|        |           |            | Fotocopia <b>compulsada</b> del DNI del representante legal y/o guardador de hecho, en el caso de que tuviera   |
|        |           |            | Fotocopia resolución judicial de incapacitación en el caso de que la tuviera.   |
|        |           |            | Fotocopia del certificado de persona con discapacidad en el caso de que la tuviera  |
|        |           |            | En el caso de ser emigrante español retornado acreditar esta condición mediante certificado de ja en el libro de matrícula del registro consular del país de procedencia, en el que conste como causa de baja el traslado a España (baja consular).   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | Ficha del servicio de teleasistencia, de la Conselleria de Bienestar Social, en caso de querer licitarlo firmado por el solicitante. En el caso que la solicitud de dependencia venga firmada por arador de hecho/representante legal, lo firmaría este último. |
|  |  | En caso de que la persona solicitante opte por la prestación de persona cuidadora no profesional, deberá adjuntar el <b>modelo de Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional</b> .  |
|  |  | En caso de que la persona solicitante opte por la prestación de persona cuidadora no profesional, deberá adjuntar <b>copia compulsada del DNI de la persona cuidadora no profesional</b> .  |
|  |  | En caso de que la persona solicitante opte por la prestación de persona cuidadora no profesional, deberá adjuntar el <b>certificado de empadronamiento de la persona cuidadora no profesional</b> .   |

Por todo ello, **SOLICITO** la tramitación ante Conselleria de Bienestar Social de la Solicitud de reconocimiento de la situación de Dependencia y derecho a las prestaciones del sistema.

.Con relación a esta solicitud presentada por usted en este registro general, se le requiere, de acuerdo con lo previsto en el *artículo 71.1 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común*, para que en el plazo de 10 días proceda a presentar la documentación señalada con una X en la columna "NO APORTADA", informándole que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 42.

Mediante este documento se **notifica** a D./D<sup>a</sup>..... el contenido del presente requerimiento, según lo exigido en el *artículo 58.1 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común*.

Paiporta a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
El/la Funcionario/a del Registro

Recibí del/la solicitante

Fdo. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

**LUGAR, FECHA Y FIRMA:**

**SOLICITANTE/RE PRESENTANTE**

Fecha: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_.