





# Comunidad de Madrid

## 4.3.- Otra información relevante para la Administración:

### A) PREFERENCIA ENTRE LOS POSIBLES SERVICIOS/PRESTACIONES QUE, EN SU CASO, PUEDA RECIBIR

SERVICIOS	
<input type="radio"/> Atención Residencial	
<input type="radio"/> Servicio de ayuda a domicilio intensiva	
<input type="radio"/> Centro de Atención Diurna	<input type="radio"/> Atención Intensiva (de lunes a viernes)
	<input type="radio"/> Atención No Intensiva (2-3 días de lunes a viernes). Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial.
	<input type="radio"/> Atención Fin de Semana. Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial.
<input type="radio"/> Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal u otros servicios	

PRESTACIONES	
<input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar <i>(Cuando el solicitante esté siendo atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno)</i>	<input type="radio"/> A tiempo completo (mínimo 160 horas mensuales)
	<input type="radio"/> A tiempo parcial (hasta 159 horas mensuales). Compatible con el servicio de ayuda a domicilio no intensiva.
<input type="radio"/> Prestación económica de asistencia personal <i>(sólo grado III)</i>	
<input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio <i>(Cuando el solicitante se encuentre atendido en un centro o recurso privado y no sea posible su traslado a un recurso público)</i>	<input type="radio"/> Atención Residencial
	<input type="radio"/> Centro de Atención Diurna
	<input type="radio"/> Atención domiciliaria (Ayuda a domicilio y/o teleasistencia)
	<input type="radio"/> Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal

### B) DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?	<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No			
¿Tiene reconocido grado de discapacidad?	<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No			
Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de discapacidad y el porcentaje:							
<input type="radio"/> Física	%	<input type="radio"/> Intelectual	%	<input type="radio"/> Física-Intelectual	%	<input type="radio"/> Enfermedad mental	%
¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona?	<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No			
Si la respuesta es afirmativa, indique los puntos ATP que tiene reconocidos							
¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	<input type="radio"/> Sí	Año		<input type="radio"/> No			

### C) DATOS SOBRE PRESTACIONES PÚBLICAS

¿Percibe una pensión de gran invalidez?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si la respuesta es afirmativa indique:			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERCEPTOR	NIF/NIE	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE
			<input type="radio"/> INSS <input type="radio"/> ISFAS <input type="radio"/> MUFACE <input type="radio"/> MUGEJU
¿Percibe algún otro tipo de prestación pública?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si la respuesta es afirmativa indique:		CUANTIA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE
			<input type="radio"/> INSS <input type="radio"/> ISFAS <input type="radio"/> MUFACE <input type="radio"/> MUGEJU



# Comunidad de Madrid

## 4.4.- Servicios recibidos:

<input type="radio"/> <b>Está siendo atendido en su domicilio</b>											
Si marca esta opción, señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como el Organismo o Entidad prestataria:											
<input type="checkbox"/> Teleasistencia			<input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio			<input type="checkbox"/> Otros (señalar cuál)					
Organismo/Entidad prestataria											
<input type="checkbox"/> Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno											
Si marca esta opción, indique los datos de la persona que le atiende:											
NOMBRE Y APELLIDOS				NIF/NIE		NACIONALIDAD		FECHA NACIMIENTO		SEXO	
										○ H ○ M	
Dirección		Tipo vía		Nombre vía							
Nº		Bloque		Escalera		Piso		Puerta			
CP		Localidad				Provincia					
Teléfono fijo		Teléfono móvil		¿Desde qué fecha reside en esta localidad?							
¿Desde qué fecha atiende al solicitante?				Parentesco con el solicitante							

<input type="radio"/> <b>Está siendo atendido en un Centro de Atención Diurna</b>											
Si marca esta opción, señale si la plaza es:					<input type="radio"/> Temporal		<input type="radio"/> Permanente		<input type="radio"/> Pública/concertada		<input type="radio"/> Privada
Denominación del Centro											
Nombre del organismo o entidad											
Dirección del Centro						Localidad					

<input type="radio"/> <b>Está siendo atendido en un Centro Residencial</b>											
Si marca esta opción, señale si la plaza es:					<input type="radio"/> Temporal		<input type="radio"/> Permanente		<input type="radio"/> Pública/concertada		<input type="radio"/> Privada
Denominación del Centro											
Nombre del organismo o entidad											
Dirección del Centro						Localidad					

<input type="radio"/> <b>No recibe ningún tipo de atención</b>									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF/NIE del solicitante en vigor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NIF/NIE del representante en vigor, en su caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que el solicitante reside en un municipio de la Comunidad de Madrid, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	<input type="checkbox"/>	
En el caso de extranjeros no comunitarios, certificado del Ministerio del interior que acredite que el solicitante dispone de residencia legal en España, y que la ha tenido al menos por cinco años, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	<input type="checkbox"/>	
Certificado colectivo de empadronamiento o residencia que acredite los miembros que componen la unidad de convivencia	<input type="checkbox"/>	
Informe de salud actualizado y emitido por un médico colegiado	<input type="checkbox"/>	
Resolución de reconocimiento de grado de discapacidad (emitida por la Comunidad de Madrid), en su caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resolución de reconocimiento de grado de discapacidad (no emitida por la Comunidad de Madrid), en su caso	<input type="checkbox"/>	
Resolución de reconocimiento del complemento de gran invalidez, en su caso	<input type="checkbox"/>	
Anexo de autorización para recabar datos económicos de la unidad de convivencia	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.



# Comunidad de Madrid

## 6.- Entidad bancaria (\*):

Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta

(\*) En la cuenta aportada debe aparecer como titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia.

## 7.- Declaración del solicitante:

<input type="checkbox"/>	<b>(Marque la casilla si está conforme)</b> <b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.</li><li>- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanto información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que se pueda tener derecho.</li><li>- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.</li></ul>
--------------------------	---

### Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En ....., a..... de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DESTINATARIO**