

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:** _____

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DEL REONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**
1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓ <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN	
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO		SEXE / SEXO		NACIONALITAT / NACIONALIDAD		ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

 La persona viu sola / La persona vive sola: Sí No

 Núm. d'afiliació a la Seguretat Social: _____ Núm. targeta SIP: _____
 Nº de afiliación a la Seguridad Social: _____ Nº tarjeta SIP: _____

 Centre Municipal de Serveis Socials de referència: _____
 Centro Municipal de Servicios Sociales de referencia: _____

 Gaudeix en l'actualitat d'un servei privat d'atenció residencial, atenció diürna o promoció?
 ¿Disfruta en la actualidad de un servicio privado de atención residencial, atención diurna o promoción? Sí No

 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 Tipus: Física Psíquica Sensorial Mental
 Tipo: Física Psíquica Sensorial Mental

 En cas afirmatiu: Província: _____ Any: _____
 En caso afirmativo: Provincia: _____ 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

 Té la condició de persona emigrant espanyola retornada?. En cas afirmatiu, veja documentació a aportar Sí No
 ¿Tiene usted la condición de persona emigrante retornada?. En caso afirmativo, vea la documentación a aportar

 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 afirmatiu indique: Província _____ any _____
 En caso afirmativo indique: Provincia _____ año _____

2.- DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES
(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior / Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenos 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		TELÈFON / TELÉFONO		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

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

**C CAPACITAT ECONÒMICA
CAPACIDAD ECONÓMICA**

La unitat familiar de la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència està integrada pels següents membres (no ho emplene si vosté és l'única persona que compon la seua unitat familiar): / La unidad familiar de la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia está integrada por los siguientes miembros (no lo rellene si usted es la única persona que compone la unidad familiar):

PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	NOM I COGNOMS DEL CÒNJUGE, PARELLA DE FET I FILLS O FILLES A CÀRREC NOMBRE Y APELLIDOS DEL CónyUGE, PAREJA DE HECHO E HIJOS O HIJAS A CARGO	DNI / NIE DNI / NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	SIGNATURA PER A AUTORITZACIÓ ACCÉS A DADES FIRMA PARA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:** _____

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DEL REONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**
1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓ <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN	
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO		SEXE / SEXO		NACIONALITAT / NACIONALIDAD		ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

 La persona viu sola / La persona vive sola: Sí No

 Núm. d'afiliació a la Seguretat Social: _____ Núm. targeta SIP: _____
 Nº de afiliación a la Seguridad Social: _____ Nº tarjeta SIP: _____

 Centre Municipal de Serveis Socials de referència: _____
 Centro Municipal de Servicios Sociales de referencia: _____

 Gaudeix en l'actualitat d'un servei privat d'atenció residencial, atenció diürna o promoció?
 ¿Disfruta en la actualidad de un servicio privado de atención residencial, atención diurna o promoción? Sí No

 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 Tipus: Física Psíquica Sensorial Mental
 Tipo: Física Psíquica Sensorial Mental

 En cas afirmatiu: Província: _____ Any: _____
 En caso afirmativo: Provincia: _____ 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

 Té la condició de persona emigrant espanyola retornada?. En cas afirmatiu, veja documentació a aportar Sí No
 ¿Tiene usted la condición de persona emigrante retornada?. En caso afirmativo, vea la documentación a aportar

 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 afirmatiu indique: Província _____ any _____
 En caso afirmativo indique: Provincia _____ año _____

2.- DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES
(Cal emplenar-lo únicament si són distintes a les dades de residència emplenades en el punt anterior / Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenos 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		TELÈFON / TELÉFONO		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL**

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

**C CAPACITAT ECONÒMICA
CAPACIDAD ECONÓMICA**

La unitat familiar de la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència està integrada pels següents membres (no ho empleni si vosté és l'única persona que compon la seua unitat familiar): / La unidad familiar de la persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia está integrada por los siguientes miembros (no lo rellene si usted es la única persona que compone la unidad familiar):

PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	NOM I COGNOMS DEL CÒNJUGE, PARELLA DE FET I FILLS O FILLES A CÀRREC NOMBRE Y APELLIDOS DEL CónyUGE, PAREJA DE HECHO E HIJOS O HIJAS A CARGO	DNI / NIE DNI / NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	SIGNATURA PER A AUTORITZACIÓ ACCÉS A DADES FIRMA PARA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS

**C CAPACITAT ECONòMICA
CAPACIDAD ECONòMICA (cont.)**

Mitjançant la seua signatura en la columna corresponent de la taula anterior, els membres de la unitat familiar **AUTORITZEN** expressament l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat, residència i econòmiques d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència, de les prestacions que es puguin derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que és 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 aquest cas estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. / *Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla anterior, los miembros de la unidad familiar **AUTORIZAN** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, residencia y económicos de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia, de las prestaciones que puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos. Se entenderá que no autoriza el acceso a sus datos la persona que no firme en el apartado correspondiente, en cuyo caso estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.*

Si vosté es troba integrat en una unitat familiar amb fills o filles a càrrec, pot sol·licitar que compute com a renda personal la renda de la unitat familiar. Per a això ha de marcar el requadre següent: / *Si usted se encuentra integrado en una unidad familiar con hijos o hijas a cargo, puede solicitar que compute como renta personal la renta de la unidad familiar. Para ello ha de marcar el recuadro siguiente:*

- Sol·licite que compute com a renda personal la renda de la meua unitat familiar
Solicito que compute como renta personal la renta de mi unidad familiar

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

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

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

Dels serveis i prestacions, assenyal amb una X quins desitjaria rebre, podent **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 cuales desearía recibir, pudiendo **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 (especifiqueu-ne el servei):
Servicios de prevención y promoción (especificar el servicio): _____

Prestació vinculada als serveis de prevenció i promoció (el servei ha d'estar acreditat. Consultar en l'enllaç següent:

<http://www.inclusio.gva.es/es/web/dependencia/pvs-prevencion-y-promocion> i especifiqueu-ne el nom):

Prestación vinculada a los servicios de prevención y promoción (el servicio debe estar acreditado. Consultar en el enlace siguiente: <http://www.inclusio.gva.es/es/web/dependencia/pvs-prevencion-y-promocion> y especificar el nombre): _____

Servei d'habitatge tutelat / *Servicio de vivienda tutelada*

Servei de teleassistència (aportar el model Servei de teleassistència) / *Servicio de teleasistencia (aportar el modelo Servicio de teleasistencia)*

Servei d'ajuda a domicili / *Servicio de ayuda a domicilio*

Prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili / *Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio*

Servei de centre de dia/centre ocupacional. Indique'n per ordre de preferència:
Servicio de centro de día/centro ocupacional. Indique por orden de preferencia:

1er
1º _____

2n
2º _____

3er
3º _____

Prestació econòmica vinculada al servei de centre de dia/centre ocupacional.
Prestación económica vinculada al servicio de centro de día/centro ocupacional.

Servei d'atenció residencial. Indique'n per ordre de preferència:
Servicio de atención residencial. Indique por orden de preferencia:

1er
1º _____

2n
2º _____

3er
3º _____

Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial
Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial

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

Persona física

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

Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a les persones cuidadores no professionals (aportar el model Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora no professional)
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales (aportar el modelo "Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional")

**C CAPACITAT ECONòMICA
CAPACIDAD ECONòMICA (cont.)**

Mitjançant la seua signatura en la columna corresponent de la taula anterior, els membres de la unitat familiar **AUTORITZEN** expressament l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat, residència i econòmiques d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència, de les prestacions que es puguin derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que és 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 aquest cas estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. / *Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla anterior, los miembros de la unidad familiar **AUTORIZAN** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, residencia y económicos de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia, de las prestaciones que puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos. Se entenderá que no autoriza el acceso a sus datos la persona que no firme en el apartado correspondiente, en cuyo caso estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.*

Si vosté es troba integrat en una unitat familiar amb fills o filles a càrrec, pot sol·licitar que compute com a renda personal la renda de la unitat familiar. Per a això ha de marcar el requadre següent: / *Si usted se encuentra integrado en una unidad familiar con hijos o hijas a cargo, puede solicitar que compute como renta personal la renta de la unidad familiar. Para ello ha de marcar el recuadro siguiente:*

- Sol·licite que compute com a renda personal la renda de la meua unitat familiar
Solicito que compute como renta personal la renta de mi unidad familiar

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

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

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

Dels serveis i prestacions, assenyal amb una X quins desitjaria rebre, podent **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 cuales desearía recibir, pudiendo **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 (especifiqueu-ne el servei):
Servicios de prevención y promoción (especificar el servicio): _____

Prestació vinculada als serveis de prevenció i promoció (el servei ha d'estar acreditat. Consultar en l'enllaç següent:

<http://www.inclusio.gva.es/es/web/dependencia/pvs-prevencion-y-promocion> i especifiqueu-ne el nom):

Prestación vinculada a los servicios de prevención y promoción (el servicio debe estar acreditado. Consultar en el enlace siguiente: <http://www.inclusio.gva.es/es/web/dependencia/pvs-prevencion-y-promocion> y especificar el nombre): _____

Servei d'habitatge tutelat / *Servicio de vivienda tutelada*

Servei de teleassistència (aportar el model Servei de teleassistència) / *Servicio de teleasistencia (aportar el modelo Servicio de teleasistencia)*

Servei d'ajuda a domicili / *Servicio de ayuda a domicilio*

Prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili / *Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio*

Servei de centre de dia/centre ocupacional. Indique'n per ordre de preferència:
Servicio de centro de día/centro ocupacional. Indique por orden de preferencia:

1er
1º _____

2n
2º _____

3er
3º _____

Prestació econòmica vinculada al servei de centre de dia/centre ocupacional.
Prestación económica vinculada al servicio de centro de día/centro ocupacional.

Servei d'atenció residencial. Indique'n per ordre de preferència:
Servicio de atención residencial. Indique por orden de preferencia:

1er
1º _____

2n
2º _____

3er
3º _____

Prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial
Prestación económica vinculada al servicio de atención residencial

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

Persona física

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

Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a les persones cuidadores no professionals (aportar el model Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora no professional)
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales (aportar el modelo "Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional")

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

Exempler original d'informe de salut. Les persones que en el reconeixement, declaració i qualificació de grau de discapacitat tinguen reconegut el complement de la necessitat del concurs d'una altra persona amb una puntuació igual o superior a 45 punts estaran exemptes d'aportar l'informe de salut. / *Ejemplar original del informe de salud. Las personas que en el reconocimiento, declaración y calificación de grado de discapacidad tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona con una puntuación igual o superior a 45 puntos estarán exentas de aportar el informe de salud.*

Fotocòpia confrontada del DNI/NIE de la persona sol·licitant. Només en cas que la persona interessada no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat personal en el sistema de verificació de dades d'identitat (SVDI). Quan no es tinga la nacionalitat espanyola, s'aportarà documentació acreditativa de la seua identitat i de la seua condició de resident en què figure el número d'identificació d'estrangers. / *Fotocopia cotejada del DNI/NIE de la persona solicitante. Sólo en el caso de que la persona interesada no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad personal en el sistema de verificación de datos de identidad (SVDI). Cuando se carezca de la nacionalidad española, se aportará documentación acreditativa de su identidad y de su condición de residente en la que figure el número de identificación de extranjeros.*

Les persones menors d'edat hauran de presentar fotocòpia del DNI/NIE i fotocòpia confrontada del llibre de família. En cas de no disposar de DNI, s'aportarà fotocòpia del DNI del pare, la mare o la persona que exerceix la tutoria legal. / *Las personas menores de edad deberán presentar fotocopia del DNI/NIE y fotocopia cotejada del libro de familia. En caso de no disponer de DNI, se aportará fotocopia del DNI del padre, la madre o la persona que ejerza la tutoría legal.*

En cas de no autoritzar l'accés a dades, certificat o volant d'empadronament de la persona sol·licitant, que acredite el seu empadronament en un municipi de la Comunitat Valenciana a l'hora de la presentació de la sol·licitud. / *En caso de no autorizar el acceso a datos, certificado o volante de empadronamiento de la persona solicitante, que acredite su empadronamiento en un municipio de la Comunitat Valenciana en el momento de la presentación de la solicitud.*

Certificat/s de 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 certificació o volant d'empadronament històric de la persona que exerceix la seua 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 certificación o volante de empadronamiento histórico de la persona que ejerza su guarda y custodia.*

En el cas de ser persona emigrant espanyola retornada, caldrà acreditar aquesta condició per mitjà del certificat de baixa en el llibre de matrícula del registre consular del país de procedència, en què conste com a causa de baixa el trasllat a Espanya (baixa consular), excepte que es trobe resident en territori espanyol almenys 5 anys, dels quals 2 hauran de ser immediatament anteriors a la data de la sol·licitud. / *En el caso de ser persona emigrante española retornada, será necesario acreditar esta condición mediante el certificado de baja en el libro de matrícula del registro consular del país de procedencia, en el que conste como causa de la baja, el traslado a España (baja consular), salvo que se encuentre residiendo en territorio español al menos 5 años, de los cuales 2 deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.*

Si procedix aportar-lo, certificat de discapacitat complet, només en el cas d'haver sigut emès en altra comunitat autònoma. / *Si procede aportarlo, certificado de discapacidad completo, sólo en el caso de haber sido emitido en otra comunidad autónoma.*

En el cas que la persona sol·licitant dispose de reconeixement de la pensió de gran invalidesa, fotocòpia compulsada de la resolució. / *En el caso de que la persona solicitante disponga de reconocimiento de la pensión de gran invalidez, fotocopia compulsada de la resolución. Solo si la persona interesada no autoriza la consulta y acceso a los datos obrantes en los ficheros de las administraciones públicas.*

En el cas que la persona beneficiària es trobe gaudint d'un servei privat d'atenció residencial, atenció diürna o promoció degudament acreditat, i es pretenga la seua continuïtat en el mateix, s'haurà d'aportar informe social del/la treballador/a social d'aquest servei, en base a l'article 5e del Decret 62/2017 de 19 de maig. / *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, se deberá aportar informe social del/la trabajador/a social de dicho servicio, en base al artículo 5e del Decreto 62/2017 de 19 de mayo.*

Quan la persona beneficiària es trobe rebent de forma privada algun dels serveis degudament acreditats per l'administració de la Generalitat, i opte per continuar rebent-lo com a prestació econòmica vinculada, haurà d'aportar una fotocòpia del contracte i les tres últimes factures mensuals anteriors a la data de presentació de la sol·licitud. / *Cuando la persona beneficiaria se encuentre recibiendo de forma privada alguno de los servicios debidamente acreditados por la administración de la Generalitat, y opte por seguir recibiendo el mismo como prestación vinculada al servicio, deberá aportar una fotocopia del contrato y las tres últimas facturas mensuales anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.*

Model de domiciliació bancària. / *Modelo de domiciliación bancaria.*

En cas que la persona beneficiària opte per la prestació d'una persona cuidadora no professional, haurà d'adjuntar el model de Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora no professional. En cas de tindre dues persones cuidadores, es presentarà l'esmentada documentació per cada una d'elles. / *En el caso de que la persona beneficiaria opte por la prestación de persona cuidadora no profesional, deberá adjuntar el modelo de Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional. En caso de tener dos personas cuidadoras, se presentará la citada documentación para cada una de ellas.*

Fotocòpia confrontada del DNI/NIE i certificat o volant d'empadronament de la persona cuidadora no professional. Només en cas que la persona cuidadora no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat personal i de residència en els sistemes de verificació de dades d'identitat i de residència. / *Fotocopia cotejada del DNI/NIE y certificado o volante de empadronamiento de la persona cuidadora no profesional. Solo en el caso de que la persona cuidadora no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad personal y de residencia en los sistemas de verificación de identidad y residencia.*

En cas que la persona beneficiària opte pel servei de teleassistència, haurà d'adjuntar el model de Servei de Teleassistència. / *En el caso de que la persona beneficiaria opte por el servicio de teleasistencia deberá adjuntar el modelo de Servicio de Teleasistencia.*

En cas que la persona beneficiària opte per la prestació d'assistència personal, haurà d'aportar la següent documentació: / *En caso de que la persona beneficiaria opte por la prestación de asistencia personal, deberá aportar la siguiente documentación:*

- Si l'assistència es presta per persona física, declaració responsable de la persona assistent personal i projecte de vida independent. / *- Si la asistencia se presta por persona física, declaración responsable de la persona asistente personal y proyecto de vida independiente.*

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

Fotocòpia confrontada del DNI/NIE i certificat o volant d'empadronament de la persona assistent personal. Només en cas que la persona assistent personal no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat personal i de residència en els sistemes de verificació de dades d'identitat i de residència. / *Fotocopia cotejada del DNI/NIE y certificado o volante de empadronamiento de la persona asistente personal. Solo en el caso de que la persona asistente personal no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad personal y de residencia en los sistemas de verificación de identidad y residencia.*

Si l'assistència es presta per persona física a una persona dependent menor de 18 anys, certificat negatiu del registre de delinqüents sexuals (art. 13.5 de la Lei 1/1996 de protecció jurídica del menor). / *Si la asistencia se presta por persona física a una persona dependiente menor de 18 años, certificado negativo del registro de delincuentes sexuales (art. 13.5 de la Ley 1/1996 de protección jurídica del menor).*

En el cas de persones presumptament incapaces que sol·liciten servei residencial, haurà d'aportar la interlocutòria d'internament. / *En el caso de personas presuntamente incapaces que soliciten servicio residencial, deberá aportar el auto de internamiento.*

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

Exempler original d'informe de salut. Les persones que en el reconeixement, declaració i qualificació de grau de discapacitat tinguen reconegut el complement de la necessitat del concurs d'una altra persona amb una puntuació igual o superior a 45 punts estaran exemptes d'aportar l'informe de salut. / *Ejemplar original del informe de salud. Las personas que en el reconocimiento, declaración y calificación de grado de discapacidad tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona con una puntuación igual o superior a 45 puntos estarán exentas de aportar el informe de salud.*

Fotocòpia confrontada del DNI/NIE de la persona sol·licitant. Només en cas que la persona interessada no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat personal en el sistema de verificació de dades d'identitat (SVDI). Quan no es tinga la nacionalitat espanyola, s'aportarà documentació acreditativa de la seua identitat i de la seua condició de resident en què figure el número d'identificació d'estrangers. / *Fotocopia cotejada del DNI/NIE de la persona solicitante. Sólo en el caso de que la persona interesada no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad personal en el sistema de verificación de datos de identidad (SVDI). Cuando se carezca de la nacionalidad española, se aportará documentación acreditativa de su identidad y de su condición de residente en la que figure el número de identificación de extranjeros.*

Les persones menors d'edat hauran de presentar fotocòpia del DNI/NIE i fotocòpia confrontada del llibre de família. En cas de no disposar de DNI, s'aportarà fotocòpia del DNI del pare, la mare o la persona que exerceix la tutoria legal. / *Las personas menores de edad deberán presentar fotocopia del DNI/NIE y fotocopia cotejada del libro de familia. En caso de no disponer de DNI, se aportará fotocopia del DNI del padre, la madre o la persona que ejerza la tutoría legal.*

En cas de no autoritzar l'accés a dades, certificat o volant d'empadronament de la persona sol·licitant, que acredite el seu empadronament en un municipi de la Comunitat Valenciana a l'hora de la presentació de la sol·licitud. / *En caso de no autorizar el acceso a datos, certificado o volante de empadronamiento de la persona solicitante, que acredite su empadronamiento en un municipio de la Comunitat Valenciana en el momento de la presentación de la solicitud.*

Certificat/s de 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 certificació o volant d'empadronament històric de la persona que exerceix la seua 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 certificación o volante de empadronamiento histórico de la persona que ejerza su guarda y custodia.*

Certificat/s de 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. / *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 certificación o volante de empadronamiento histórico de la persona que ejerza su guarda y custodia.*

En el cas de ser persona emigrant espanyola retornada, caldrà acreditar aquesta condició per mitjà del certificat de baixa en el llibre de matrícula del registre consular del país de procedència, en què conste com a causa de baixa el trasllat a Espanya (baixa consular), excepte que es trobe resident en territori espanyol almenys 5 anys, dels quals 2 hauran de ser immediatament anteriors a la data de la sol·licitud. / *En el caso de ser persona emigrante española retornada, será necesario acreditar esta condición mediante el certificado de baja en el libro de matrícula del registro consular del país de procedencia, en el que conste como causa de la baja, el traslado a España (baja consular), salvo que se encuentre residiendo en territorio español al menos 5 años, de los cuales 2 deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.*

Si procedix aportar-lo, certificat de discapacitat complet, només en el cas d'haver sigut emès en altra comunitat autònoma. / *Si procede aportarlo, certificado de discapacidad completo, sólo en el caso de haber sido emitido en otra comunidad autónoma.*

En el cas que la persona sol·licitant dispose de reconeixement de la pensió de gran invalidesa, fotocòpia compulsada de la resolució. / *En el caso de que la persona solicitante disponga de reconocimiento de la pensión de gran invalidez, fotocopia compulsada de la resolución. Solo si la persona interesada no autoriza la consulta y acceso a los datos obrantes en los ficheros de las administraciones públicas.*

En el cas que la persona beneficiària es trobe gaudint d'un servei privat d'atenció residencial, atenció diürna o promoció degudament acreditat, i es pretenga la seua continuïtat en el mateix, s'haurà d'aportar informe social del/la treballador/a social d'aquest servei, en base a l'article 5e del Decret 62/2017 de 19 de maig. / *En el 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, se deberá aportar informe social del/la trabajador/a social de dicho servicio, en base al artículo 5e del Decreto 62/2017 de 19 de mayo.*

Quan la persona beneficiària es trobe rebent de forma privada algun dels serveis degudament acreditats per l'administració de la Generalitat, i opte per continuar rebent-lo com a prestació econòmica vinculada, haurà d'aportar una fotocòpia del contracte i les tres últimes factures mensuals anteriors a la data de presentació de la sol·licitud. / *Cuando la persona beneficiaria se encuentre recibiendo de forma privada alguno de los servicios debidamente acreditados por la administración de la Generalitat, y opte por seguir recibiendo el mismo como prestación vinculada al servicio, deberá aportar una fotocopia del contrato y las tres últimas facturas mensuales anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.*

Model de domiciliació bancària. / *Modelo de domiciliación bancaria.*

En cas que la persona beneficiària opte per la prestació d'una persona cuidadora no professional, haurà d'adjuntar el model de Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora no professional. En cas de tindre dues persones cuidadores, es presentarà l'esmentada documentació per cada una d'elles. / *En el caso de que la persona beneficiaria opte por la prestación de persona cuidadora no profesional, deberá adjuntar el modelo de Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora no profesional. En caso de tener dos personas cuidadoras, se presentará la citada documentación para cada una de ellas.*

Fotocòpia confrontada del DNI/NIE i certificat o volant d'empadronament de la persona cuidadora no professional. Només en cas que la persona cuidadora no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat personal i de residència en els sistemes de verificació de dades d'identitat i de residència. / *Fotocopia cotejada del DNI/NIE y certificado o volante de empadronamiento de la persona cuidadora no profesional. Solo en el caso de que la persona cuidadora no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad personal y de residencia en los sistemas de verificación de identidad y residencia.*

En cas que la persona beneficiària opte pel servei de teleassistència, haurà d'adjuntar el model de Servei de Teleassistència. / *En el caso de que la persona beneficiaria opte por el servicio de teleasistencia deberá adjuntar el modelo de Servicio de Teleasistencia.*

En cas que la persona beneficiària opte per la prestació d'assistència personal, haurà d'aportar la següent documentació: / *En caso de que la persona beneficiaria opte por la prestación de asistencia personal, deberá aportar la siguiente documentación:*

- Si l'assistència es presta per persona física, declaració responsable de la persona assistent personal i projecte de vida independent. / *- Si la asistencia se presta por persona física, declaración responsable de la persona asistente personal y proyecto de vida independiente.*

- Si l'assistència es presta per persona física, declaració responsable de la persona assistent personal i projecte de vida independent. / *- Si la asistencia se presta por persona física, declaración responsable de la persona asistente personal y proyecto de vida independiente.*

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

Fotocòpia confrontada del DNI/NIE i certificat o volant d'empadronament de la persona assistent personal. Només en cas que la persona assistent personal no preste el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat personal i de residència en els sistemes de verificació de dades d'identitat i de residència. / *Fotocopia cotejada del DNI/NIE y certificado o volante de empadronamiento de la persona asistente personal. Solo en el caso de que la persona asistente personal no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad personal y de residencia en los sistemas de verificación de identidad y residencia.*

Si l'assistència es presta per persona física a una persona dependent menor de 18 anys, certificat negatiu del registre de delinqüents sexuals (art. 13.5 de la Lei 1/1996 de protecció jurídica del menor). / *Si la asistencia se presta por persona física a una persona dependiente menor de 18 años, certificado negativo del registro de delinquentes sexuales (art. 13.5 de la Ley 1/1996 de protección jurídica del menor).*

En el cas de persones presumptament incapaces que sol·liciten servei residencial, haurà d'aportar la interlocutòria d'internament. / *En el caso de personas presuntamente incapaces que soliciten servicio residencial, deberá aportar el auto de internamiento.*

En el cas de persones presumptament incapaces que sol·liciten servei residencial, haurà d'aportar la interlocutòria d'internament. / *En el caso de personas presuntamente incapaces que soliciten servicio residencial, deberá aportar el auto de internamiento.*

En el cas de persones presumptament incapaces que sol·liciten servei residencial, haurà d'aportar la interlocutòria d'internament. / *En el caso de personas presuntamente incapaces que soliciten servicio residencial, deberá aportar el auto de internamiento.*

En el cas de persones presumptament incapaces que sol·liciten servei residencial, haurà d'aportar la interlocutòria d'internament. / *En el caso de personas presuntamente incapaces que soliciten servicio residencial, deberá aportar el auto de internamiento.*

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

**En cas que la persona sol·licitant actue a través d'una persona representant legal, haurà d'aportar, a més:
En caso de que la persona solicitante actúe a través de una persona representante legal, deberá aportar además:**

- Fotocòpia confrontada del document que acredite tal representació, de conformitat amb el que es disposa en l'article 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, de procediment administratiu comú de les administracions públiques.
Fotocopia cotejada del documento que acredite tal representación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre de procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
- En el cas de persones adultes tutelades, acreditació de la representació legal mitjançant fotocòpia confrontada de la resolució judicial d'incapacitació i del nomenament de la persona que exercisca la tutoria legal.
En el caso de personas adultas tuteladas, acreditación de la representación legal mediante fotocopia compulsada de la resolución judicial de incapacitación y del nombramiento de la persona que ejerza la tutoría legal.
- En el cas de menors tutelats per l'entitat pública, acreditació de la representació legal mitjançant una fotocòpia compulsada de la resolució administrativa de declaració de desemparament i assumptió de la tutela.
En el caso de menores tutelados por la entidad pública, acreditación de la representación legal mediante una fotocopia compulsada de la resolución administrativa de declaración de desamparo y asunción de la tutela.
- En el cas de menors subjectes a tutela ordinària, fotocòpia confrontada de la resolució judicial de tutela ordinària i nomenament de tutor.
En el caso de menores sujetos a tutela ordinaria, fotocopia cotejada de la resolución judicial de tutela ordinaria y nombramiento de tutor.
- Fotocòpia confrontada del DNI de la persona representant legal, només en el cas de no prestar el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat personal en el sistema de verificació de dades d'identitat (SVDI). Quan no es tinga la nacionalitat espanyola, s'aportarà documentació acreditativa de la seua identitat i de la seua condició de resident en què figure el número d'identificació d'estrangers.
 Fotocopia cotejada del DNI/NIE de la persona representante legal, sólo en el caso de que la persona interesada no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad personal en el sistema de verificación de datos de identidad (SVDI). Cuando se carezca de la nacionalidad española, se aportará documentación acreditativa de su identidad y de su condición de residente en la que figure el número de identificación de extranjeros.

**En cas que la persona sol·licitant actue a través d'una persona guardadora de fet, haurà d'aportar a més:
En caso de que la persona solicitante actúe a través de una persona guardadora de hecho, deberá aportar además:**

- Declaració de la persona guardadora de fet, en model normalitzat.
Declaración de la persona guardadora de hecho, en modelo normalizado.
- Autorització d'accés a dades subscrita per la persona sol·licitant, en model normalitzat, en la qual autoritza a l'administració pública a obtenir les seues dades d'identitat, residència, econòmiques o sanitàries. En cas de no autoritzar aquest accés, haurà d'aportar la documentació acreditativa de les mateixes:
- Fotocòpia del DNI/NIE
- Certificat o volant d'empadronament
- Certificat de pensions emés per l'INSS
- Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.
Autorización de acceso a datos suscrita por la persona solicitante, en modelo normalizado, en la que autoriza a la administración pública a obtener sus datos de identidad, residencia, económicos o sanitarios. En caso de no autorizar dicho acceso, deberá aportar la documentación acreditativa de los mismos:
- *Fotocopia del DNI/NIE*
- *Certificado o volante de empadronamiento*
- *Certificado de pensiones emitido por el INSS*
- *Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.*

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

**En cas que la persona sol·licitant actue a través d'una persona representant legal, haurà d'aportar, a més:
En caso de que la persona solicitante actúe a través de una persona representante legal, deberá aportar además:**

- Fotocòpia confrontada del document que acredite tal representació, de conformitat amb el que es disposa en l'article 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, de procediment administratiu comú de les administracions públiques.
Fotocopia cotejada del documento que acredite tal representación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre de procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
- En el cas de persones adultes tutelades, acreditació de la representació legal mitjançant fotocòpia confrontada de la resolució judicial d'incapacitació i del nomenament de la persona que exercisca la tutoria legal.
En el caso de personas adultas tuteladas, acreditación de la representación legal mediante fotocopia compulsada de la resolución judicial de incapacitación y del nombramiento de la persona que ejerza la tutoría legal.
- En el cas de menors tutelats per l'entitat pública, acreditació de la representació legal mitjançant una fotocòpia compulsada de la resolució administrativa de declaració de desemparament i assumptió de la tutela.
En el caso de menores tutelados por la entidad pública, acreditación de la representación legal mediante una fotocopia compulsada de la resolución administrativa de declaración de desamparo y asunción de la tutela.
- En el cas de menors subjectes a tutela ordinària, fotocòpia confrontada de la resolució judicial de tutela ordinària i nomenament de tutor.
En el caso de menores sujetos a tutela ordinaria, fotocopia cotejada de la resolución judicial de tutela ordinaria y nombramiento de tutor.
- Fotocòpia confrontada del DNI de la persona representant legal, només en el cas de no prestar el seu consentiment perquè l'òrgan instructor consulte les seues dades d'identitat personal en el sistema de verificació de dades d'identitat (SVDI). Quan no es tinga la nacionalitat espanyola, s'aportarà documentació acreditativa de la seua identitat i de la seua condició de resident en què figure el número d'identificació d'estrangers.
- Fotocopia cotejada del DNI/NIE de la persona representante legal, sólo en el caso de que la persona interesada no preste su consentimiento para que el órgano instructor consulte sus datos de identidad personal en el sistema de verificación de datos de identidad (SVDI). Cuando se carezca de la nacionalidad española, se aportará documentación acreditativa de su identidad y de su condición de residente en la que figure el número de identificación de extranjeros.*

**En cas que la persona sol·licitant actue a través d'una persona guardadora de fet, haurà d'aportar a més:
En caso de que la persona solicitante actúe a través de una persona guardadora de hecho, deberá aportar además:**

- Declaració de la persona guardadora de fet, en model normalitzat.
Declaración de la persona guardadora de hecho, en modelo normalizado.
- Autorització d'accés a dades subscrita per la persona sol·licitant, en model normalitzat, en la qual autoritza a l'administració pública a obtenir les seues dades d'identitat, residència, econòmiques o sanitàries. En cas de no autoritzar aquest accés, haurà d'aportar la documentació acreditativa de les mateixes:
- Fotocòpia del DNI/NIE
- Certificat o volant d'empadronament
- Certificat de pensions emés per l'INSS
- Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.
Autorización de acceso a datos suscrita por la persona solicitante, en modelo normalizado, en la que autoriza a la administración pública a obtener sus datos de identidad, residencia, económicos o sanitarios. En caso de no autorizar dicho acceso, deberá aportar la documentación acreditativa de los mismos:
- *Fotocopia del DNI/NIE*
- *Certificado o volante de empadronamiento*
- *Certificado de pensiones emitido por el INSS*
- *Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.*

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

ABANS D'ESCRIURE, LLIJA DETINGUDAMENT ELS APARTATS DE LA SOL·LICITUD. ESCRIGA AMB CLAREDAT I LLETRES MAJÚSCULES

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

- 1.- Dades personals. Si vosté té doble nacionalitat, indique les dues en l'apartat corresponent
- 2.- Dades a l'efecte de notificacions. En aquest apartat es consignaran les dades on vosté vol rebre les notificacions i possibles requeriments.

B. REPRESENTANT LEGAL

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de dependència tinga representant legal, serà aquesta persona qui haurà de signar la sol·licitud.

C. DADES DE LA CAPACITAT ECONòMICA DE LA UNITAT FAMILIAR

Conforme a la normativa vigent, es considerarà en termes generals la capacitat econòmica personal de la persona beneficiària, si bé podrà sol·licitar l'aplicació de la capacitat econòmica de la unitat familiar. S'aplicaran les següents regles per a valorar la capacitat econòmica de les persones beneficiàries:

- a) Supòsit de persona beneficiària amb cònjuge o parella de fet: la renda personal serà la meitat de la suma dels ingressos de tots dos membres que formen la parella.
- b) Supòsit de persona beneficiària major de 18 anys: s'afegirà a la seua renda personal la prestació de fill/filla a càrrec que pogueren percebre els seus progenitors, adoptants o acollidors.
- c) Supòsit de persona beneficiària integrada en una unitat familiar amb fills/filles a càrrec: podrà sol·licitar que es compute com a renda personal el quocient de dividir la renda acumulada de les persones que integren la unitat familiar entre el nombre de membres que la componen, incloent-hi la persona beneficiària.

Es considera com a unitat familiar amb fills/filles a càrrec, aquella integrada per la persona beneficiària i, si escau, el seu cònjuge o parella de fet i els fills/filles, ja ho siguen per naturalesa, adopció o acolliment, sempre que, en aquest últim cas, siguen menors de 25 anys o majors d'aquesta edat amb un grau de discapacitat igual o superior al 33 per cent. Ningú podrà formar part de dues 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 està en poder de l'Agència Estatal d'Administració Tributària, referents a l'exercici corresponent, per mitjans informàtics o telemàtics. No obstant això, en cas de no poder obtindre la informació telemàtica, es requerirà les persones interessades perquè presenten una fotocòpia de la declaració de l'IRPF del darrer exercici liquidat, així com un certificat de la pensió o pensions que reben en l'any de la sol·licitud. Tot això sense perjudici 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 corresponent fotocòpia 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.

D. SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA

Haurà de tindre en compte el règim de compatibilitats generals establert en la normativa autonòmica vigent en matèria de dependència:

- Serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal i, si no és possible això, prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, que podran ser compatibles entre si així com amb altres prestacions del catàleg: amb el servei de teleassistència; o amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals; o amb el servei d'ajuda a domicili o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili; o amb la prestació econòmica d'assistència personal.
- Servei de teleassistència que podrà ser compatible amb tots els serveis i prestacions del catàleg a excepció del servei d'atenció residencial i la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial.
- Servei d'ajuda a domicili o prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal; o amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'atenció diürna o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna (en cas de centre ocupacional compatible per a graus III, II o I, i en el cas de centre de dia només compatible per a graus III i II)
- Servei d'atenció diürna, i si no és possible això, prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna, que podrà ser compatible amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'ajuda a domicili o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili (en cas de servei d'atenció diürna de centre ocupacional és compatible per a graus III, II o I, i en cas de servei d'atenció diürna de centre de dia és només compatible per a graus III i II); o amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals.
- Prestació econòmica d'assistència personal que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal i amb el servei de teleassistència.
- Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal; o amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'atenció diürna; o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna.

En el cas que se sol·licite una Prestació Vinculada al Servei, s'haurà de consultar en el full web de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives el llistat d'entitats acreditades per a la prestació del servei sol·licitat.

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

ABANS D'ESCRIURE, LLIJA DETINGUDAMENT ELS APARTATS DE LA SOL·LICITUD. ESCRIGA AMB CLAREDAT I LLETRES MAJÚSCULES

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

- 1.- Dades personals. Si vosté té doble nacionalitat, indique les dues en l'apartat corresponent
- 2.- Dades a l'efecte de notificacions. En aquest apartat es consignaran les dades on vosté vol rebre les notificacions i possibles requeriments.

B. REPRESENTANT LEGAL

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de dependència tinga representant legal, serà aquesta persona qui haurà de signar la sol·licitud.

C. DADES DE LA CAPACITAT ECONòMICA DE LA UNITAT FAMILIAR

Conforme a la normativa vigent, es considerarà en termes generals la capacitat econòmica personal de la persona beneficiària, si bé podrà sol·licitar l'aplicació de la capacitat econòmica de la unitat familiar. S'aplicaran les següents regles per a valorar la capacitat econòmica de les persones beneficiàries:

- a) Supòsit de persona beneficiària amb cònjuge o parella de fet: la renda personal serà la meitat de la suma dels ingressos de tots dos membres que formen la parella.
- b) Supòsit de persona beneficiària major de 18 anys: s'afegirà a la seua renda personal la prestació de fill/filla a càrrec que pogueren percebre els seus progenitors, adoptants o acollidors.
- c) Supòsit de persona beneficiària integrada en una unitat familiar amb fills/filles a càrrec: podrà sol·licitar que es compute com a renda personal el quocient de dividir la renda acumulada de les persones que integren la unitat familiar entre el nombre de membres que la componen, incloent-hi la persona beneficiària.

Es considera com a unitat familiar amb fills/filles a càrrec, aquella integrada per la persona beneficiària i, si escau, el seu cònjuge o parella de fet i els fills/filles, ja ho siguen per naturalesa, adopció o acolliment, sempre que, en aquest últim cas, siguen menors de 25 anys o majors d'aquesta edat amb un grau de discapacitat igual o superior al 33 per cent. Ningú podrà formar part de dues 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 està en poder de l'Agència Estatal d'Administració Tributària, referents a l'exercici corresponent, per mitjans informàtics o telemàtics. No obstant això, en cas de no poder obtindre la informació telemàtica, es requerirà les persones interessades perquè presenten una fotocòpia de la declaració de l'IRPF del darrer exercici liquidat, així com un certificat de la pensió o pensions que reben en l'any de la sol·licitud. Tot això sense perjudici 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 corresponent fotocòpia 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.

D. SERVEIS O PRESTACIONS QUE SOL·LICITA

Haurà de tindre en compte el règim de compatibilitats generals establert en la normativa autonòmica vigent en matèria de dependència:

- Serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal i, si no és possible això, prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, que podran ser compatibles entre si així com amb altres prestacions del catàleg: amb el servei de teleassistència; o amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals; o amb el servei d'ajuda a domicili o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili; o amb la prestació econòmica d'assistència personal.
- Servei de teleassistència que podrà ser compatible amb tots els serveis i prestacions del catàleg a excepció del servei d'atenció residencial i la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció residencial.
- Servei d'ajuda a domicili o prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal; o amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'atenció diürna o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna (en cas de centre ocupacional compatible per a graus III, II o I, i en el cas de centre de dia només compatible per a graus III i II)
- Servei d'atenció diürna, i si no és possible això, prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna, que podrà ser compatible amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'ajuda a domicili o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili (en cas de servei d'atenció diürna de centre ocupacional és compatible per a graus III, II o I, i en cas de servei d'atenció diürna de centre de dia és només compatible per a graus III i II); o amb la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals.
- Prestació econòmica d'assistència personal que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal i amb el servei de teleassistència.
- Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport a persones cuidadores no professionals que podrà ser compatible amb els serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal, o la prestació econòmica vinculada als serveis de prevenció de la situació de dependència i promoció de l'autonomia personal; o amb el servei de teleassistència; o amb el servei d'atenció diürna; o amb la prestació econòmica vinculada al servei d'atenció diürna.

En el cas que se sol·licite una Prestació Vinculada al Servei, s'haurà de consultar en el full web de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives el llistat d'entitats acreditades per a la prestació del servei sol·licitat.

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

ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD. ESCRIBA CON CLARIDAD Y LETRAS MAYÚSCULAS

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

- 1.- Datos personales. Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.
- 2.- Datos a efectos de notificaci3n. En este apartado se consignar3n los datos donde usted quiere recibir las notificaciones y posibles requerimientos.

B. REPRESENTANTE LEGAL

Cuando la persona solicitante del reconocimiento de la situaci3n de dependencia tenga representante legal, ser3 esta persona quien deber3 firmar la solicitud.

C. DATOS DE LA CAPACIDAD ECONóMICA DE LA UNIDAD FAMILIAR

Conforme a la normativa vigente, se considerar3 en t3rminos generales la capacidad econ3mica personal de la persona beneficiaria, si bien podr3 solicitar la aplicaci3n de la capacidad econ3mica de la unidad familiar. Se aplicar3n las siguientes reglas para valorar la capacidad econ3mica de las personas beneficiarias:

- a) Supuesto de persona beneficiaria con c3nyuge o pareja de hecho: la renta personal ser3 la mitad de la suma de los ingresos de ambos miembros que forman la pareja.
- b) Supuesto de persona beneficiaria mayor de 18 a3os: se a3adir3 a su renta personal la prestaci3n de hijo/hija a cargo que pudieran percibir sus progenitores, adoptante o acogedores.
- c) Supuesto de persona beneficiaria integrada en una unidad familiar con hijos/hijas a cargo: podr3 solicitar que se compute como renta personal el cociente de dividir la renta acumulada de las personas que integran la unidad familiar entre el n3mero de miembros que la componen, incluida la persona beneficiaria.

Se entiende por unidad familiar con hijos/hijas a cargo, aquella integrada por la persona beneficiaria y, en su caso, su c3nyuge o pareja de hecho y los hijos/hijas, ya lo sean por naturaleza, adopci3n o acogimiento, siempre que, en este 3ltimo caso, sean menores de 25 a3os o mayores de dicha edad con un grado de discapacidad igual o superior a 33 por ciento.

Nadie podr3 formar parte de dos unidades familiares al mismo tiempo.

La determinaci3n de los miembros de la unidad familiar se realizar3 atendiendo a la situaci3n a 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 la Administraci3n Tributaria, referentes al ejercicio correspondiente, por medios inform3ticos o telem3ticos. No obstante, en caso de no poder obtener la informaci3n telem3tica se requerir3 a las personas interesadas para que presenten fotocopia de la declaraci3n del IRPF del 3ltimo ejercicio liquidado, as3 como certificado de la pensi3n o pensiones que reciben en el a3o de la solicitud. Todo ello sin perjuicio de recabar cualquier otra informaci3n complementaria durante el proceso. En el caso de que la persona solicitante o cualquier miembro de la unidad familiar, que no realicen declaraci3n del Impuesto sobre la Renta de las Personas F3sicas, deban satisfacer pensi3n compensatoria a favor del c3nyuge o anualidades por alimentos deber3n acompa3ar la correspondiente fotocopia de la sentencia judicial firme de la que se deriven.

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 a las que hace referencia la tabla, el n3mero de familiares que quiera a3adir.

D. SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA

Deber3 tener en cuenta el r3gimen de compatibilidades generales establecido en la normativa auton3mica vigente en materia de dependencia:

- Servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal, y en su defecto, prestaci3n econ3mica vinculada a los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal que podr3n ser compatibles entre s3 as3 como con otras prestaciones del cat3logo: con el servicio de teleasistencia; o con la prestaci3n econ3mica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales; o con el servicio de ayuda a domicilio o con la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de ayuda a domicilio; o con la prestaci3n econ3mica de asistencia personal.
- Servicio de teleasistencia que podr3 ser compatible con todos los servicios y prestaciones del cat3logo a excepci3n del servicio de atenci3n residencial y la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de atenci3n residencial.
- Servicio de ayuda a domicilio o prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de ayuda a domicilio que podr3 ser compatible con los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal, o la prestaci3n econ3mica vinculada a los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal; o con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de atenci3n diurna o con la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de atenci3n diurna (en caso de centro ocupacional compatible para grados III, II o I, y en caso de centro de d3a s3lo compatible para grados III y II).
- Servicio de atenci3n diurna, y en su defecto prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de atenci3n diurna, que podr3 ser compatible con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de ayuda a domicilio o con la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de ayuda a domicilio (en caso de servicio de atenci3n diurna de centro ocupacional es compatible para grados III, II o I, y en de caso servicio de atenci3n diurna de centro de d3a es s3lo compatible para grados III y II); o con la prestaci3n econ3mica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales.
- Prestaci3n econ3mica de asistencia personal que podr3 ser compatible con los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal, o la prestaci3n econ3mica vinculada a los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal y con el servicio de teleasistencia.
- Prestaci3n econ3mica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales que podr3 ser compatible con los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal, o la prestaci3n econ3mica vinculada a los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal; o con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de atenci3n diurna; o con la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de atenci3n diurna.

En el caso de que se solicite una Prestaci3n Vinculada al Servicio, se deber3 consultar en la p3gina web de la Conselleria de Igualdad y Pol3ticas Inclusivas el listado de entidades acreditadas para la prestaci3n del servicio solicitado.

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

ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD. ESCRIBA CON CLARIDAD Y LETRAS MAYÚSCULAS

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

- 1.- Datos personales. Si usted ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.
- 2.- Datos a efectos de notificaci3n. En este apartado se consignar3n los datos donde usted quiere recibir las notificaciones y posibles requerimientos.

B. REPRESENTANTE LEGAL

Cuando la persona solicitante del reconocimiento de la situaci3n de dependencia tenga representante legal, ser3 esta persona quien deber3 firmar la solicitud.

C. DATOS DE LA CAPACIDAD ECONóMICA DE LA UNIDAD FAMILIAR

Conforme a la normativa vigente, se considerar3 en t3rminos generales la capacidad econ3mica personal de la persona beneficiaria, si bien podr3 solicitar la aplicaci3n de la capacidad econ3mica de la unidad familiar. Se aplicar3n las siguientes reglas para valorar la capacidad econ3mica de las personas beneficiarias:

- a) Supuesto de persona beneficiaria con c3nyuge o pareja de hecho: la renta personal ser3 la mitad de la suma de los ingresos de ambos miembros que forman la pareja.
- b) Supuesto de persona beneficiaria mayor de 18 a3os: se a3adir3 a su renta personal la prestaci3n de hijo/hija a cargo que pudieran percibir sus progenitores, adoptante o acogedores.
- c) Supuesto de persona beneficiaria integrada en una unidad familiar con hijos/hijas a cargo: podr3 solicitar que se compute como renta personal el cociente de dividir la renta acumulada de las personas que integran la unidad familiar entre el n3mero de miembros que la componen, incluida la persona beneficiaria.

Se entiende por unidad familiar con hijos/hijas a cargo, aquella integrada por la persona beneficiaria y, en su caso, su c3nyuge o pareja de hecho y los hijos/hijas, ya lo sean por naturaleza, adopci3n o acogimiento, siempre que, en este 3ltimo caso, sean menores de 25 a3os o mayores de dicha edad con un grado de discapacidad igual o superior a 33 por ciento.

Nadie podr3 formar parte de dos unidades familiares al mismo tiempo.

La determinaci3n de los miembros de la unidad familiar se realizar3 atendiendo a la situaci3n a 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 la Administraci3n Tributaria, referentes al ejercicio correspondiente, por medios inform3ticos o telem3ticos. No obstante, en caso de no poder obtener la informaci3n telem3tica se requerir3 a las personas interesadas para que presenten fotocopia de la declaraci3n del IRPF del 3ltimo ejercicio liquidado, as3 como certificado de la pensi3n o pensiones que reciben en el a3o de la solicitud. Todo ello sin perjuicio de recabar cualquier otra informaci3n complementaria durante el proceso. En el caso de que la persona solicitante o cualquier miembro de la unidad familiar, que no realicen declaraci3n del Impuesto sobre la Renta de las Personas F3sicas, deban satisfacer pensi3n compensatoria a favor del c3nyuge o anualidades por alimentos deber3n acompa3ar la correspondiente fotocopia de la sentencia judicial firme de la que se deriven.

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 a las que hace referencia la tabla, el n3mero de familiares que quiera a3adir.

D. SERVICIOS O PRESTACIONES QUE SOLICITA

Deber3 tener en cuenta el r3gimen de compatibilidades generales establecido en la normativa auton3mica vigente en materia de dependencia:

- Servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal, y en su defecto, prestaci3n econ3mica vinculada a los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal que podr3n ser compatibles entre s3 as3 como con otras prestaciones del cat3logo: con el servicio de teleasistencia; o con la prestaci3n econ3mica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales; o con el servicio de ayuda a domicilio o con la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de ayuda a domicilio; o con la prestaci3n econ3mica de asistencia personal.
- Servicio de teleasistencia que podr3 ser compatible con todos los servicios y prestaciones del cat3logo a excepci3n del servicio de atenci3n residencial y la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de atenci3n residencial.
- Servicio de ayuda a domicilio o prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de ayuda a domicilio que podr3 ser compatible con los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal, o la prestaci3n econ3mica vinculada a los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal; o con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de atenci3n diurna o con la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de atenci3n diurna (en caso de centro ocupacional compatible para grados III, II o I, y en caso de centro de d3a s3lo compatible para grados III y II).
- Servicio de atenci3n diurna, y en su defecto prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de atenci3n diurna, que podr3 ser compatible con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de ayuda a domicilio o con la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de ayuda a domicilio (en caso de servicio de atenci3n diurna de centro ocupacional es compatible para grados III, II o I, y en de caso servicio de atenci3n diurna de centro de d3a es s3lo compatible para grados III y II); o con la prestaci3n econ3mica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales.
- Prestaci3n econ3mica de asistencia personal que podr3 ser compatible con los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal, o la prestaci3n econ3mica vinculada a los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal y con el servicio de teleasistencia.
- Prestaci3n econ3mica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales que podr3 ser compatible con los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal, o la prestaci3n econ3mica vinculada a los servicios de prevenci3n de la situaci3n de dependencia y promoci3n de la autonom3a personal; o con el servicio de teleasistencia; o con el servicio de atenci3n diurna; o con la prestaci3n econ3mica vinculada al servicio de atenci3n diurna.

En el caso de que se solicite una Prestaci3n Vinculada al Servicio, se deber3 consultar en la p3gina web de la Conselleria de Igualdad y Pol3ticas Inclusivas el listado de entidades acreditadas para la prestaci3n del servicio solicitado.

H **CLAÚSULA D'INFORMACIó SEGóN RGPD**
CLÁUSULA DE INFORMACIóN SEGóN RGPD

Nom de l'activitat de tractament Nombre de la actividad de tratamiento	Sol·licitud inicial de reconeixement de la situació de dependència i del dret a les prestacions del sistema. <i>Solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives. <i>Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.</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 la Autonomia i Atenció a la Dependència. <i>Gestión del procedimiento inicial para el reconocimiento de la situación de dependencia y de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y 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'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se 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/es/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: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970.</i>
Més informació Más información	Disposa de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'Activitats de Tractament de la Conselleria, enllaç: 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 <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Conselleria enlace: 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</i>

H **CLAÚSULA D'INFORMACIÓ SEGONS RGPD**
CLÁUSULA DE INFORMACIÓN SEGÚN RGPD

Nom de l'activitat de tractament Nombre de la actividad de tratamiento	Sol·licitud inicial de reconeixement de la situació de dependència i del dret a les prestacions del sistema. <i>Solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives. <i>Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.</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 la Autonomia i Atenció a la Dependència. <i>Gestión del procedimiento inicial para el reconocimiento de la situación de dependencia y de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y 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'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se 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/es/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: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970.</i>
Més informació Más información	Disposa de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'Activitats de Tractament de la Conselleria, enllaç: 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 <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Conselleria enlace: 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</i>

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:
**A DADES D'IDENTIFICACIÓ
DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
DADES DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL / DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		NÚM. IDENTIFICACIÓ NUM. IDENTIFICACIÓN	
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO		SEXE / SEXO		NACIONALITAT / NACIONALIDAD		NÚM. AFILIACIÓ A LA SEURETAT SOCIAL Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

DADES DE LA PERSONA CUIDADA / DATOS DE LA PERSONA CUIDADA

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	
---------------------	--	--------------	--	-----	--

**B DECLARACIONS RESPONSABLES
DECLARACIONES RESPONSABLES**

- Que tinc la residència legal a la Comunitat Valenciana, i que estic empadronat/ada a una distància del domicili de la persona dependent que no supera els 20 km.
- *Que tengo la residencia legal en la Comunitat Valenciana, y que estoy empadronado/a a una distancia del domicilio de la persona dependiente que no supera los 20 km.*
- Que no tinc reconeguda ni he sol·licitat el reconeixement de la situació de dependència en qualsevol dels seus graus, ni estic en situació de gran invalidesa.
- *Que no tengo reconocida ni he solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, ni estoy en situación de gran invalidez.*
- Que tinc la següent relació amb la persona beneficiària: Familiar (Indicar grau de parentiu) No familiar
- *Que tengo la siguiente relación con la persona beneficiaria: Familiar (Indicar grado de parentesco) No familiar*
- Que convisc amb la persona dependent: Sí NO
- *Que convivo con la persona dependiente: Sí NO*
- Que la meua situació laboral actual és: Actiu Inactiu
- *Que mi situación laboral actual es: Activo Inactivo*
- Que dispose de temps suficient i em compromet a prestar els meus serveis com a cuidador/a no professional durant un període mínim d'un any continuat a partir de la data de signatura d'aquest document.
- *Que dispongo de tiempo suficiente y me comprometo a prestar mis servicios como cuidador/a no profesional durante un periodo mínimo de un año continuado a partir de la fecha de firma de este documento.*
- Que no estic vinculat/ada a un servei d'atenció professionalitzat.
- *Que no estoy vinculado/a a un servicio de atención profesionalizado.*
- Que em compromet a acreditar una formació específica en matèria de cures a persones depenents, o, en defecte d'això, a realitzar aquesta formació.
- *Que me comprometo a acreditar una formación específica en materia de cuidados a personas dependientes, o, en su defecto, a realizar dicha formación.*
- Que em compromet a assumir formalment davant l'Administració els compromisos necessaris per a l'atenció i cura de la persona en situació de dependència.
- *Que me comprometo a asumir formalmente ante la Administración los compromisos necesarios para la atención y cuidado de la persona en situación de dependencia.*
- Si la persona dependent està atesa per una altra persona cuidadora, les tasques de cura les realitzem de forma: Simultània Alterna
- *Si la persona dependiente está atendida por otra persona cuidadora, las tareas de cuidado las realizamos de forma: Simultánea Alterna*
- Que m'obligue a comunicar per escrit a la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives qualsevol variació en la situació de la persona dependent que determine l'extinció de la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar, en el termini de 15 dies des que es produísca.
- *Que me obligo a comunicar por escrito a la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas cualquier variación en la situación de la persona dependiente que determine la extinción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, en el plazo de 15 días desde que se produzca.*
- Que no he estat condemnat/ada per sentència ferma per delictes d'agressions, de maltractaments, violència de gènere, delictes sexuals o contra la integritat i la llibertat de les persones en qualsevol de les modalitats recollides en el Codi Penal.
- *Que no he sido condenado/a por sentencia firme por delito de agresiones, de malos tratos, violencia de género, delitos sexuales o contra la integridad y la libertad de las personas en cualquiera de las modalidades recogidas en el Código Penal.*
- Que sóc cuidador/a no professional, o he sol·licitat ser-ho, d'altra persona en situació de dependència, les dades de la qual són les següents:
- *Que soy cuidador/a no profesional, o he solicitado serlo, de otra persona en situación de dependencia, cuyos datos son los siguientes:*

Nom _____ DNI _____
 Nombre _____ DNI _____

- Que em compromet a no atendre de forma simultània a més de dues persones en situació de dependència en els termes establerts en l'article 32.5.i del Decret 62/2017, de 19 de maig, del Consell, pel qual s'estableix el procediment per reconèixer el grau de dependència a les persones i l'accés al sistema públic de serveis i prestacions econòmiques.
- *Que me comprometo a no atender de forma simultánea a más de dos personas en situación de dependencia en los términos establecidos en el artículo 32.5.i del Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas.*

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:
**A DADES D'IDENTIFICACIÓ
DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
DADES DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL / DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESSIONAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE		NÚM. IDENTIFICACIÓ NUM. IDENTIFICACIÓN	
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO		SEXE / SEXO		NACIONALITAT / NACIONALIDAD		NÚM. AFILIACIÓ A LA SEURETAT SOCIAL Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		
PROVÍNCIA / PROVINCIA		TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL		ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

DADES DE LA PERSONA CUIDADA / DATOS DE LA PERSONA CUIDADA

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI
---------------------	--	--------------	--	-----

**B DECLARACIONS RESPONSABLES
DECLARACIONES RESPONSABLES**

- Que tinc la residència legal a la Comunitat Valenciana, i que estic empadronat/ada a una distància del domicili de la persona dependent que no supera els 20 km.
- *Que tengo la residencia legal en la Comunitat Valenciana, y que estoy empadronado/a a una distancia del domicilio de la persona dependiente que no supera los 20 km.*
- Que no tinc reconeguda ni he sol·licitat el reconeixement de la situació de dependència en qualsevol dels seus graus, ni estic en situació de gran invalidesa.
- *Que no tengo reconocida ni he solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, ni estoy en situación de gran invalidez.*
- Que tinc la següent relació amb la persona beneficiària: Familiar (Indicar grau de parentiu) No familiar
- *Que tengo la siguiente relación con la persona beneficiaria: Familiar (Indicar grado de parentesco) No familiar*
- Que convisc amb la persona dependent: Sí NO
- *Que convivo con la persona dependiente: Sí NO*
- Que la meua situació laboral actual és: Actiu Inactiu
- *Que mi situación laboral actual es: Activo Inactivo*
- Que dispose de temps suficient i em compromet a prestar els meus serveis com a cuidador/a no professional durant un període mínim d'un any continuat a partir de la data de signatura d'aquest document.
- *Que dispongo de tiempo suficiente y me comprometo a prestar mis servicios como cuidador/a no profesional durante un periodo mínimo de un año continuado a partir de la fecha de firma de este documento.*
- Que no estic vinculat/ada a un servei d'atenció professionalitzat.
- *Que no estoy vinculado/a a un servicio de atención profesionalizado.*
- Que em compromet a acreditar una formació específica en matèria de cures a persones depenents, o, en defecte d'això, a realitzar aquesta formació.
- *Que me comprometo a acreditar una formación específica en materia de cuidados a personas dependientes, o, en su defecto, a realizar dicha formación.*
- Que em compromet a assumir formalment davant l'Administració els compromisos necessaris per a l'atenció i cura de la persona en situació de dependència.
- *Que me comprometo a asumir formalmente ante la Administración los compromisos necesarios para la atención y cuidado de la persona en situación de dependencia.*
- Si la persona dependent està atesa per una altra persona cuidadora, les tasques de cura les realitzem de forma: Simultània Alterna
- *Si la persona dependiente está atendida por otra persona cuidadora, las tareas de cuidado las realizamos de forma: Simultánea Alterna*
- Que m'obligue a comunicar per escrit a la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives qualsevol variació en la situació de la persona dependent que determine l'extinció de la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar, en el termini de 15 dies des que es produísca.
- *Que me obligo a comunicar por escrito a la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas cualquier variación en la situación de la persona dependiente que determine la extinción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, en el plazo de 15 días desde que se produzca.*
- Que no he estat condemnat/ada per sentència ferma per delictes d'agressions, de maltractaments, violència de gènere, delictes sexuals o contra la integritat i la llibertat de les persones en qualsevol de les modalitats recollides en el Codi Penal.
- *Que no he sido condenado/a por sentencia firme por delito de agresiones, de malos tratos, violencia de género, delitos sexuales o contra la integridad y la libertad de las personas en cualquiera de las modalidades recogidas en el Código Penal.*
- Que sóc cuidador/a no professional, o he sol·licitat ser-ho, d'altra persona en situació de dependència, les dades de la qual són les següents:
- *Que soy cuidador/a no profesional, o he solicitado serlo, de otra persona en situación de dependencia, cuyos datos son los siguientes:*

 Nom _____ DNI _____
 Nombre _____

- Que em compromet a no atendre de forma simultània a més de dues persones en situació de dependència en els termes establerts en l'article 32.5.i del Decret 62/2017, de 19 de maig, del Consell, pel qual s'estableix el procediment per reconèixer el grau de dependència a les persones i l'accés al sistema públic de serveis i prestacions econòmiques.
- *Que me comprometo a no atender de forma simultánea a más de dos personas en situación de dependencia en los términos establecidos en el artículo 32.5.i del Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas.*

Mitjançant la signatura del present document, la persona cuidadora **AUTORITZA** expressament l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat i de residència d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació per cures en l'entorn familiar i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment des seus requisits.

*Mediante la firma del presente documento, la persona cuidadora **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y de residencia de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación por cuidados en el entorno familiar y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.*

- NO AUTORITZA** l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.
- NO AUTORITZA** el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

_____, d _____ de _____

Signatura: _____

Firma: _____

La persona cuidadora no professional / La persona cuidadora no profesional

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA", creat per gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de Protección de Datos de Carácter Personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Mitjançant la signatura del present document, la persona cuidadora **AUTORITZA** expressament l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat i de residència d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació per cures en l'entorn familiar i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment des seus requisits.

*Mediante la firma del presente documento, la persona cuidadora **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y de residencia de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación por cuidados en el entorno familiar y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.*

- NO AUTORITZA** l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.
- NO AUTORITZA** el acceso a datos. En este caso, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

_____, d _____ de _____

Signatura: _____

Firma: _____

La persona cuidadora no professional / *La persona cuidadora no profesional*

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CJAAPP - IAC

DIN - A4

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

Les dades contingudes en aquesta sol·licitud s'incorporaran als fitxers automatitzats "ADA" i "SIDEPENDENCIA", creat per gestionar les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència, el tractament de la qual es realitzarà conforme a la LO 15/2009 de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La responsable del fitxer és la Direcció General de Serveis Socials i Persones en Situació de Dependència, davant la qual persona interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

Los datos contenidos en esta solicitud se incorporarán a los ficheros automatizados "ADA" y "SIDEPENDENCIA", creado para gestionar las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, cuyo tratamiento se realizará conforme a la LO 15/2009 de Protección de Datos de Carácter Personal. La responsable del fichero es la Dirección General de Servicios Sociales y Personas en Situación de Dependencia, ante la que la persona interesada podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

C INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD

En l'apartat B, declaració responsable referida al parentiu de la persona cuidadora amb la persona beneficiària, s'entendrà el següent, establert en la normativa autonòmica vigent en matèria de dependència:

- a) Persones cuidadores familiars seran: cònjuge o persona amb relació anàloga a la conjugal, fill o filla, pare o mare, així com pares i mares d'acolliment i parents per consanguinitat o afinitat fins al quart grau. Excepcionalment, podran ser cuidadores familiars les persones properes a una persona en situació de dependència quan així ho acredite el preceptiu informe social d'entorn.
- b) Cuidadors no familiars seran: aquelles persones acreditades com a idònies en el corresponent informe social d'entorn, no incloses a l'apartat anterior. S'haurà de formalitzar el corresponent contracte laboral d'acord amb la legislació vigent a cada moment.

En l'apartat B, declaració responsable referida a la situació laboral de la persona cuidadora que atén dues persones en situació de dependència, la persona cuidadora no podrà exercir activitat laboral alguna.

En el cas de dos persones cuidadores no professionals, s'entendrà la meitat del temps de dedicació a cadascuna d'elles. L'apartat B, declaracions responsables, haurà de ser emplenat íntegrament.

En el apartado B, declaración responsable referida al parentesco de la persona cuidadora con la persona beneficiaria, se entenderá lo siguiente, establecido en la normativa autonómica vigente en materia de dependencia:

- a) Personas cuidadoras familiares serán: cónyuge o persona con relación análoga a la conyugal, hijo o hija, padre o madre, así como padres y madres de acogida y parientes por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado. Excepcionalmente, podrán ser cuidadoras familiares las personas allegadas a una persona en situación de dependencia cuando así lo acredite el preceptivo informe social de entorno.*
- b) Cuidadores no familiares serán: aquellas personas acreditadas como idóneas en el correspondiente informe social de entorno, no incluidas en el apartado anterior. Se deberá formalizar el correspondiente contrato laboral de acuerdo con la legislación vigente en cada momento.*

En el apartado B, declaración responsable referida a la situación laboral de la persona cuidadora que atiende a dos personas en situación de dependencia, la persona cuidadora no podrá desempeñar actividad laboral alguna.

En el caso de dos personas cuidadoras no profesionales, se entenderá la mitad del tiempo de dedicación a cada uno de ellos. El apartado B, declaraciones responsables, deberá ser cumplimentado en su totalidad.

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____**A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN****DADES DE LA PERSONA ASSISTENT PERSONAL / DATOS DE LA PERSONA ASISTENTE PERSONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	SEXE / SEXO	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/ PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		C.P	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

DADES DE LA PERSONA DEPENDENT/ DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

B DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES

- Que estic empadronat/ada a la Comunitat Valenciana
Que estoy empadronado/a en la Comunidad Valenciana

- Que no mantinc relació familiar per consanguinitat ni afinitat fins al quart grau de parentiu amb la persona beneficiària de l'activitat d'assistència personal
Que no mantengo relación familiar por consanguinidad ni afinidad hasta el cuarto grado de parentesco con la persona beneficiaria de la actividad de asistencia personal

- Que puc acreditar que compte amb la formació establida en la Instrucció de la Direcció General d'Atenció Primària i Autonomia Personal de data 28 de gener de 2020, per la qual es regulen les condicions i prestacions per a l'assistent personal regulat en el Decret 62/2017 (especifiqueu titulació):
Que puedo acreditar que cuento con la formación establecida en la Instrucción de la Dirección General de Atención Primaria y Autonomía Personal de fecha 28 de enero de 2020, por la que se regulan las condiciones y prestaciones para el asistente personal regulado en el Decreto 62/2017 (especificar titulación):

- Que en cas de no disposar de qualsevol de les titulacions requerides i prestar el servei d'assistència personal a persones majors de 18 anys, em compromet a realitzar el curs de formació específic establert per la Conselleria amb competències en matèria de dependència, en el termini d'un any, a comptar des de la data de la resolució PIA per la qual se'm designa assistent personal.

Que en caso de no disponer de cualquiera de las titulaciones requeridas y prestar el servicio de asistencia personal a personas mayores de 18 años, me comprometo a realizar el curso de formación específico establecido por la Conselleria con competencias en materia de dependencia, en el plazo de un año, a contar desde la fecha de la resolución PIA por la que se me designa asistente personal.

- Que m'obligue a comunicar per escrit a la Conselleria amb competències en matèria d'atenció a persones en situació de dependència qualsevol variació en la situació de la persona dependent que determine la modificació o l'extinció del servei d'assistència personal, en el termini de 15 dies des que es produïska.

Que me obligo a comunicar por escrito a la Conselleria con competencias en materia de atención a personas en situación de dependencia cualquier variación en la situación de la persona dependiente que determine la modificación o la extinción del servicio de asistencia personal, en el plazo de 15 días desde que se produzca.

Mitjançant la signatura del present document, la persona assistent personal **AUTORITZA** expressament a l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat i residència d'altres administracions públiques, exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació d'assistència personal i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment dels seus requisits.

*Mediante la firma del presente documento, la persona asistente personal **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y residencia de otras administraciones públicas, exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación de asistencia personal y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.*

NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. / *NO AUTORIZA el acceso a datos. En este caso la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.*

_____, ____ d _____ del _____
La persona assistent personal / La persona asistente personal

Signatura / Firma: _____

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____**A DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN****DADES DE LA PERSONA ASSISTENT PERSONAL / DATOS DE LA PERSONA ASISTENTE PERSONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	NÚM. IDENTIFICACIÓ NÚM. IDENTIFICACIÓN
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	SEXE / SEXO	NACIONALITAT / NACIONALIDAD	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/ PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		C.P	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

DADES DE LA PERSONA DEPENDENT/ DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
---------------------	--------------	-----

B DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES

- Que estic empadronat/ada a la Comunitat Valenciana
Que estoy empadronado/a en la Comunidad Valenciana

- Que no mantinc relació familiar per consanguinitat ni afinitat fins al quart grau de parentiu amb la persona beneficiària de l'activitat d'assistència personal
Que no mantengo relación familiar por consanguinidad ni afinidad hasta el cuarto grado de parentesco con la persona beneficiaria de la actividad de asistencia personal

- Que puc acreditar que compte amb la formació establida en la Instrucció de la Direcció General d'Atenció Primària i Autonomia Personal de data 28 de gener de 2020, per la qual es regulen les condicions i prestacions per a l'assistent personal regulat en el Decret 62/2017 (especifiqueu titulació):
Que puedo acreditar que cuento con la formación establecida en la Instrucción de la Dirección General de Atención Primaria y Autonomía Personal de fecha 28 de enero de 2020, por la que se regulan las condiciones y prestaciones para el asistente personal regulado en el Decreto 62/2017 (especificar titulación):

- Que en cas de no disposar de qualsevol de les titulacions requerides i prestar el servei d'assistència personal a persones majors de 18 anys, em compromet a realitzar el curs de formació específic establert per la Conselleria amb competències en matèria de dependència, en el termini d'un any, a comptar des de la data de la resolució PIA per la qual se'm designa assistent personal.

Que en caso de no disponer de cualquiera de las titulaciones requeridas y prestar el servicio de asistencia personal a personas mayores de 18 años, me comprometo a realizar el curso de formación específico establecido por la Conselleria con competencias en materia de dependencia, en el plazo de un año, a contar desde la fecha de la resolución PIA por la que se me designa asistente personal.

- Que m'obligue a comunicar per escrit a la Conselleria amb competències en matèria d'atenció a persones en situació de dependència qualsevol variació en la situació de la persona dependent que determine la modificació o l'extinció del servei d'assistència personal, en el termini de 15 dies des que es produïska.

Que me obligo a comunicar por escrito a la Conselleria con competencias en materia de atención a personas en situación de dependencia cualquier variación en la situación de la persona dependiente que determine la modificación o la extinción del servicio de asistencia personal, en el plazo de 15 días desde que se produzca.

Mitjançant la signatura del present document, la persona assistent personal **AUTORITZA** expressament a l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat i residència d'altres administracions públiques, exclusivament als efectes del reconeixement de la prestació d'assistència personal i també per al seguiment i control d'aquesta prestació, amb la finalitat que es procedisca a verificar el compliment dels seus requisits.

*Mediante la firma del presente documento, la persona asistente personal **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad y residencia de otras administraciones públicas, exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la prestación de asistencia personal y también para el seguimiento y control de dicha prestación, con el fin de que se proceda a verificar el cumplimiento de sus requisitos.*

NO AUTORITZA l'accés a dades. En aquest cas, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. / *NO AUTORIZA el acceso a datos. En este caso la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.*

_____, ____ d _____ del _____
La persona assistent personal / La persona asistente personal

Signatura / Firma: _____

C INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA DECLARACIÓ RESPONSABLE
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA DECLARACIÓN RESPONSABLE

La present Declaració Responsable serà emplenada únicament en cas de prestar l'assistència personal com a persona física.
 La presente Declaración Responsable será cumplimentada únicamente en caso de prestar la asistencia personal como persona física.

La persona assistent personal haurà de complir els requisits establits en la Instrucció de la Direcció General d'Atenció Primària i Autonomia Personal de data 28 de gener de 2020, per la qual es regulen les condicions i prestacions per a l'assistent personal regulat en el Decret 62/2017.
 La persona asistente personal deberá cumplir los requisitos establecidos en la Instrucción de la Dirección General de Atención Primaria y Autonomía Personal de fecha 28 de enero de 2020, por la que se regulan las condiciones y prestaciones para el asistente personal regulado en el Decreto 62/2017.

A. DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Dades d'identificació de la persona assistent personal / Datos de identificación de la persona asistente personal.
2. Dades d'identificació de la persona dependent / Datos de identificación de la persona dependiente.

B. DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES

En l'apartat B referit a l'acreditació de comptar amb la formació establida en la Instrucció de la Direcció General d'Atenció Primària i Autonomia Personal de data 28 de gener de 2020, per la qual es regulen les condicions i prestacions per a l'assistent personal regulat en el Decret 62/2017, es consideraran titulacions vàlides les següents:
 En el apartado B referido a la acreditación de contar con la formación establecida en la Instrucción de la Dirección General de Atención Primaria y Autonomía Personal de fecha 28 de enero de 2020, por la que se regulan las condiciones y prestaciones para el asistente personal regulado en el Decreto 62/2017, se considerarán titulaciones válidas las siguientes:

- Tècnic en Atenció a Persones en Situació de Dependència / Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia.
- Tècnic Superior en Integració Social / Técnico Superior en Integración Social.
- Certificat de Professionalitat d'Atenció Sociosanitària a Persones Dependents en Institucions Socials. / Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales.
- Certificat de Professionalitat d'Atenció Sociosanitària a Persones Dependents en el domicili / Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en el domicilio.

A més de les titulacions referides anteriorment, podran comptar amb qualsevol llicenciatura, grau o diplomatura de l'Àrea Sociosanitària, especialment:
 Además de las titulaciones referidas anteriormente, podrán contar con cualquier licenciatura, grado o diplomatura del Área Sociosanitaria, en especial:

- Llicenciatura en Medicina / Licenciatura en Medicina.
- Grau d'Infermeria / Grado de Enfermería.
- Grau de Psicologia / Grado de Psicología.
- Grau de Logopèdia / Grado de Logopedia.
- Grau de Fisioteràpia / Grado de Fisioterapia.
- Grau en Educació Social / Grado en Educación Social.
- Grau de Magisteri d'Educació Especial / Grado de Magisterio de Educación Especial.
- Grau de Treball Social / Grado de Trabajo Social.
- Grau de Teràpia Ocupacional / Grado de Terapia Ocupacional.

En la present Declaració Responsable s'assenyalarà la titulació amb la qual es compta, i s'haurà d'aportar document acreditatiu d'aquesta.
 En la presente Declaración Responsable se señalará la titulación con la que se cuenta y se aportará el documento acreditativo de la misma.

En el supòsit de Persona de Assistència Terapèutica Infantil, la falta de titulació corresponent a aquest supòsit no podrà ser suplida pel curs de formació específic de 50 hores lectives, establert per la Conselleria amb competències en matèria de dependència.
 En el supuesto de Persona de Asistencia Terapéutica Infantil, la falta de titulación correspondiente a este supuesto no podrá ser suplida por el curso de formación específico de 50 horas lectivas, establecido por la Conselleria con competencias en materia de dependencia.

D CLAÚSULA D'INFORMACIÓ SEGONS RGPD
CLAÚSULA DE INFORMACIÓN SEGÚN RGPD

Nom de l'activitat de tractament Nombre de la actividad de tratamiento	Declaració responsable de la persona assistent personal. <i>Declaración responsable de la persona asistente personal.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives. <i>Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.</i>
Finalitat del tractament Finalidad del tratamiento	Gestió del procediment per a la concessió de la prestació econòmica d'assistència personal. <i>Gestión del procedimiento inicial para la concesión de la prestación económica de asistencia personal.</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'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se 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/es/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: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</i>
Més informació Más información	Disposa de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'Activitats de Tractament de la Conselleria, enllaç: 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 <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Conselleria enlace: 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</i>

C INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA DECLARACIÓ RESPONSABLE
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA DECLARACIÓN RESPONSABLE

La present Declaració Responsable serà emplenada únicament en cas de prestar l'assistència personal com a persona física.
 La presente Declaración Responsable será cumplimentada únicamente en caso de prestar la asistencia personal como persona física.

La persona assistent personal haurà de complir els requisits establits en la Instrucció de la Direcció General d'Atenció Primària i Autonomia Personal de data 28 de gener de 2020, per la qual es regulen les condicions i prestacions per a l'assistent personal regulat en el Decret 62/2017.
 La persona asistente personal deberá cumplir los requisitos establecidos en la Instrucción de la Dirección General de Atención Primaria y Autonomía Personal de fecha 28 de enero de 2020, por la que se regulan las condiciones y prestaciones para el asistente personal regulado en el Decreto 62/2017.

A. DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Dades d'identificació de la persona assistent personal / Datos de identificación de la persona asistente personal.
2. Dades d'identificació de la persona dependent / Datos de identificación de la persona dependiente.

B. DECLARACIONS RESPONSABLES / DECLARACIONES RESPONSABLES

En l'apartat B referit a l'acreditació de comptar amb la formació establida en la Instrucció de la Direcció General d'Atenció Primària i Autonomia Personal de data 28 de gener de 2020, per la qual es regulen les condicions i prestacions per a l'assistent personal regulat en el Decret 62/2017, es consideraran titulacions vàlides les següents:
 En el apartado B referido a la acreditación de contar con la formación establecida en la Instrucción de la Dirección General de Atención Primaria y Autonomía Personal de fecha 28 de enero de 2020, por la que se regulan las condiciones y prestaciones para el asistente personal regulado en el Decreto 62/2017, se considerarán titulaciones válidas las siguientes:

- Tècnic en Atenció a Persones en Situació de Dependència / Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia.
- Tècnic Superior en Integració Social / Técnico Superior en Integración Social.
- Certificat de Professionalitat d'Atenció Sociosanitària a Persones Dependents en Institucions Socials. / Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales.
- Certificat de Professionalitat d'Atenció Sociosanitària a Persones Dependents en el domicili / Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en el domicilio.

A més de les titulacions referides anteriorment, podran comptar amb qualsevol llicenciatura, grau o diplomatura de l'Àrea Sociosanitària, especialment:
 Además de las titulaciones referidas anteriormente, podrán contar con cualquier licenciatura, grado o diplomatura del Área Sociosanitaria, en especial:

- Llicenciatura en Medicina / Licenciatura en Medicina.
- Grau d'Infermeria / Grado de Enfermería.
- Grau de Psicologia / Grado de Psicología.
- Grau de Logopèdia / Grado de Logopedia.
- Grau de Fisioteràpia / Grado de Fisioterapia.
- Grau en Educació Social / Grado en Educación Social.
- Grau de Magisteri d'Educació Especial / Grado de Magisterio de Educación Especial.
- Grau de Treball Social / Grado de Trabajo Social.
- Grau de Teràpia Ocupacional / Grado de Terapia Ocupacional.

En la present Declaració Responsable s'assenyalarà la titulació amb la qual es compta, i s'haurà d'aportar document acreditatiu d'aquesta.
 En la presente Declaración Responsable se señalará la titulación con la que se cuenta y se aportará el documento acreditativo de la misma.

En el supòsit de Persona de Assistència Terapèutica Infantil, la falta de titulació corresponent a aquest supòsit no podrà ser suplida pel curs de formació específic de 50 hores lectives, establert per la Conselleria amb competències en matèria de dependència.
 En el supuesto de Persona de Asistencia Terapéutica Infantil, la falta de titulación correspondiente a este supuesto no podrá ser suplida por el curso de formación específico de 50 horas lectivas, establecido por la Conselleria con competencias en materia de dependencia.

D CLAÚSULA D'INFORMACIÓ SEGONS RGPD
CLAÚSULA DE INFORMACIÓN SEGÚN RGPD

Nom de l'activitat de tractament Nombre de la actividad de tratamiento	Declaració responsable de la persona assistent personal. <i>Declaración responsable de la persona asistente personal.</i>
Responsable del tractament Responsable del tratamiento	Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives. <i>Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.</i>
Finalitat del tractament Finalidad del tratamiento	Gestió del procediment per a la concessió de la prestació econòmica d'assistència personal. <i>Gestión del procedimiento inicial para la concesión de la prestación económica de asistencia personal.</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'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se 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/es/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: https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970</i>
Més informació Más información	Disposa de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'Activitats de Tractament de la Conselleria, enllaç: 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 <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de Actividades de Tratamiento de la Conselleria enlace: 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</i>

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES SANITÀRIES DE LA PERSONA SOL·LICITANT
DATOS SANITARIOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	SIP	TELÈFON / TELÉFONO
HOSPITAL DE REFERÈNCIA / HOSPITAL DE REFERENCIA		CENTRE DE SALUT / CENTRO DE SALUD		TELÈFON / TELÉFONO

TRACTAMENT MÈDIC QUE REP EN L'ACTUALITAT / TRATAMIENTO MÉDICO QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD

TÉ TELEASSISTÈNCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL? / ¿TIENE TELEASISTENCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL?

 SÍ NO

CONVIU AMB ALGUNA PERSONA QUE JA TÉ TELEASSISTÈNCIA DE DEPENDÈNCIA? / ¿CONVIVE CON ALGUNA PERSONA QUE YA TIENE TELEASISTENCIA DE DEPENDENCIA?

 SÍ NO

B LA PERSONA SOL·LICITANT CONVIU AMB / LA PERSONA SOLICITANTE CONVIVE CON

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ DE PARENTIU RELACIÓN DE PARENTESCO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

C PERSONES DE CONTACTE / PERSONAS DE CONTACTO

1)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN	<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves	
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENTRE DE TREBALL CENTRO DE TRABAJO	TELÈFON TREBALL TELÉFONO TRABAJO
2)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN	<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves	
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENTRE DE TREBALL CENTRO DE TRABAJO	TELÈFON TREBALL TELÉFONO TRABAJO

_____, _____ d _____ del _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Signatura:

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:**
**A DADES SANITÀRIES DE LA PERSONA SOL·LICITANT
DATOS SANITARIOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	SIP	TELÈFON / TELÉFONO
HOSPITAL DE REFERÈNCIA / HOSPITAL DE REFERENCIA		CENTRE DE SALUT / CENTRO DE SALUD		TELÈFON / TELÉFONO

TRACTAMENT MÈDIC QUE REP EN L'ACTUALITAT / TRATAMIENTO MÉDICO QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD

TÉ TELEASSISTÈNCIA/TELEAJUDA MUNICIPAL? / ¿TIENE TELEASISTENCIA/TELEAYUDA MUNICIPAL?

 SÍ NO

CONVIU AMB ALGUNA PERSONA QUE JA TÉ TELEASSISTÈNCIA DE DEPENDÈNCIA? / ¿CONVIVE CON ALGUNA PERSONA QUE YA TIENE TELEASISTENCIA DE DEPENDENCIA?

 SÍ NO

B LA PERSONA SOL·LICITANT CONVIU AMB / LA PERSONA SOLICITANTE CONVIVE CON

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ DE PARENTIU RELACIÓN DE PARENTESCO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

C PERSONES DE CONTACTE / PERSONAS DE CONTACTO

1)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN		<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENTRE DE TREBALL CENTRO DE TRABAJO	TELÈFON TREBALL TELÉFONO TRABAJO
2)	COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	RELACIÓ / RELACIÓN		<input type="checkbox"/> Té claus Tiene llaves
	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CENTRE DE TREBALL CENTRO DE TRABAJO	TELÈFON TREBALL TELÉFONO TRABAJO

_____, _____ d _____ del _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Signatura: _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

C VERIFICACIÓ DE LA IDENTITAT I LA REPRESENTACIÓ (CONTINUACIÓ)
VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD Y LA REPRESENTACIÓN (CONTINUACIÓN)

D'acord amb el que es disposa en l'article 28 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en absència d'oposició expressa de la persona interessada, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat a obtenir directament les dades dels documents elaborats per qualsevol administració, i que, per a aquest procediment, són els que s'assenyalen a continuació: dades d'identitat, acreditació del compliment de les obligacions tributàries i amb la Seguretat Social, verificació de la seua capacitat de representació a través del Registre de representants de la Comunitat Valenciana o del Registre de contractistes i empreses classificades de la Comunitat Valenciana.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa de la persona interesada, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de los documentos elaborados por cualquier administración, y que, para este procedimiento, son los señalados a continuación: datos de identidad, acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, verificación de su capacidad de representación a través del Registro de representantes de la Comunitat Valenciana o del Registro de contratistas y empresas clasificadas de la Comunitat Valenciana.

En cas de no autoritzar-ho, haurà de marcar la casella, indicar les dades que no autoritze i aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment (article 16.4, Llei 39/2015).

En caso de no autorizarlo, deberá marcar la casilla, indicar los datos que no autorice y aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento (artículo 16.4, Ley 39/2015).

No autoritze l'obtenció directa de dades d'identitat i residència.
No autorizo la obtención directa de datos de identidad y residencia.

No autoritze l'obtenció directa de dades d'obligacions tributàries amb l'Estat.
No autorizo la obtención directa de datos de obligaciones tributarias con el Estado.

No autoritze l'obtenció directa de dades d'obligacions tributàries amb la Generalitat Valenciana.
No autorizo la obtención directa de datos de obligaciones tributarias con la Generalitat Valenciana.

No autoritze l'obtenció directa de dades d'obligacions amb la Seguretat Social.
No autorizo la obtención directa de datos de obligaciones con la Seguridad Social.

No autoritze la verificació de dades de representació a través del Registre de representants de la Comunitat Valenciana o del Registre de contractistes i empreses classificades de la Comunitat Valenciana.
No autorizo a la verificación de datos de representación a través del Registro de representantes de la Comunitat Valenciana o del Registro de contratistas y empresas clasificadas de la Comunitat Valenciana.

D CERTIFICACIÓ
CERTIFICACIÓN

16) COMPROVADA LA PERSONALITAT I, EN EL SEU CAS, LA REPRESENTACIÓ AMB LA QUAL ACTUA EL COMPAREIXENT O COMPAREIXENTS, AIXÍ COM QUE AQUESTA HA SIGUT DECLARADA SUFICIENT PER A ATORGAR EL PRESENT DOCUMENT DE DOMICILIACIÓ DE PAGAMENTS.

16) COMPROBADA LA PERSONALIDAD Y, EN SU CASO, LA REPRESENTACIÓN CON LA QUE ACTÚA EL COMPARECIENTE O COMPARECIENTES, ASÍ COMO QUE ESTA HA SIDO DECLARADA SUFICIENTE PARA OTORGAR EL PRESENTE DOCUMENTO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS.

ÒRGAN:
ORGANO: _____

_____ , _____ d _____ de _____

SIGNATURA:
FIRMA: _____

E DESTINATARI
DESTINATARIO

17) ÒRGAN AL QUAL ES DIRIGEIX
ORGANO AL QUE SE DIRIGE

18) CONSELLERIA O ENTITAT
CONSELLERIA O ENTIDAD

19) PROCEDIMENT EN EL QUAL ES PRESENTA
PROCEDIMIENTO EN EL QUE SE PRESENTA

20) CÒDI IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMENT
CÓDIGO IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMIENTO

De conformitat amb la legislació, europea i espanyola, en protecció de dades de caràcter personal, les dades que ens proporcioneu seran tractades, en qualitat de responsable i en l'exercici de les competències atribuïdes, per la Conselleria d'Hisenda i Model Econòmic, amb la finalitat de gestionar l'objecte de la instància presentada. Podreu exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació o oposició presentant un escrit en el Registre d'entrada de la Conselleria, així com, en el seu cas, podreu reclamar davant de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades, en el supòsit de no haver obtingut satisfacció en l'exercici dels drets. Més informació sobre el tractament de les dades <http://www.hisenda.gva.es/es/registre-de-tractament-de-dades>.

De conformidad con la legislación, europea y española, en protección de datos de carácter personal, los datos que nos proporcione serán tratados, en calidad de responsable y en el ejercicio de las competencias atribuidas, por la Consellería de Hacienda y Modelo Económico, con la finalidad de gestionar el objeto de la instancia presentada. Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición presentando un escrito en el Registro de entrada de la Consellería, así como, en su caso, podrá reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos, en el supuesto de no haber obtenido satisfacción en el ejercicio de los derechos. Más información sobre el tratamiento de los datos <http://www.hisenda.gva.es/es/registre-de-tractament-de-dades>.

C VERIFICACIÓ DE LA IDENTITAT I LA REPRESENTACIÓ (CONTINUACIÓ)
VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD Y LA REPRESENTACIÓN (CONTINUACIÓN)

D'acord amb el que es disposa en l'article 28 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en absència d'oposició expressa de la persona interessada, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat a obtenir directament les dades dels documents elaborats per qualsevol administració, i que, per a aquest procediment, són els que s'assenyalen a continuació: dades d'identitat, acreditació del compliment de les obligacions tributàries i amb la Seguretat Social, verificació de la seua capacitat de representació a través del Registre de representants de la Comunitat Valenciana o del Registre de contractistes i empreses classificades de la Comunitat Valenciana.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa de la persona interesada, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de los documentos elaborados por cualquier administración, y que, para este procedimiento, son los señalados a continuación: datos de identidad, acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, verificación de su capacidad de representación a través del Registro de representantes de la Comunitat Valenciana o del Registro de contratistas y empresas clasificadas de la Comunitat Valenciana.

En cas de no autoritzar-ho, haurà de marcar la casella, indicar les dades que no autoritze i aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment (article 16.4, Llei 39/2015).

En caso de no autorizarlo, deberá marcar la casilla, indicar los datos que no autorice y aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento (artículo 16.4, Ley 39/2015).

No autoritze l'obtenció directa de dades d'identitat i residència.
No autorizo la obtención directa de datos de identidad y residencia.

No autoritze l'obtenció directa de dades d'obligacions tributàries amb l'Estat.
No autorizo la obtención directa de datos de obligaciones tributarias con el Estado.

No autoritze l'obtenció directa de dades d'obligacions tributàries amb la Generalitat Valenciana.
No autorizo la obtención directa de datos de obligaciones tributarias con la Generalitat Valenciana.

No autoritze l'obtenció directa de dades d'obligacions amb la Seguretat Social.
No autorizo la obtención directa de datos de obligaciones con la Seguridad Social.

No autoritze la verificació de dades de representació a través del Registre de representants de la Comunitat Valenciana o del Registre de contractistes i empreses classificades de la Comunitat Valenciana.
No autorizo a la verificación de datos de representación a través del Registro de representantes de la Comunitat Valenciana o del Registro de contratistas y empresas clasificadas de la Comunitat Valenciana.

D CERTIFICACIÓ
CERTIFICACIÓN

16) COMPROVADA LA PERSONALITAT I, EN EL SEU CAS, LA REPRESENTACIÓ AMB LA QUAL ACTUA EL COMPAREIXENT O COMPAREIXENTS, AIXÍ COM QUE AQUESTA HA SIGUT DECLARADA SUFICIENT PER A ATORGAR EL PRESENT DOCUMENT DE DOMICILIACIÓ DE PAGAMENTS.

16) COMPROBADA LA PERSONALIDAD Y, EN SU CASO, LA REPRESENTACIÓN CON LA QUE ACTÚA EL COMPARECIENTE O COMPARECIENTES, ASÍ COMO QUE ESTA HA SIDO DECLARADA SUFICIENTE PARA OTORGAR EL PRESENTE DOCUMENTO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS.

ÒRGAN:
ORGANO: _____

_____, ____ d _____ de _____

SIGNATURA:
FIRMA: _____

E DESTINATARI
DESTINATARIO

17) ÒRGAN AL QUAL ES DIRIGEIX
ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE

18) CONSELLERIA O ENTITAT
CONSELLERIA O ENTIDAD

19) PROCEDIMENT EN EL QUAL ES PRESENTA
PROCEDIMIENTO EN EL QUE SE PRESENTA

20) CÒDI IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMENT
CÓDIGO IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMIENTO

De conformitat amb la legislació, europea i espanyola, en protecció de dades de caràcter personal, les dades que ens proporcioneu seran tractades, en qualitat de responsable i en l'exercici de les competències atribuïdes, per la Conselleria d'Hisenda i Model Econòmic, amb la finalitat de gestionar l'objecte de la instància presentada. Podreu exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació o oposició presentant un escrit en el Registre d'entrada de la Conselleria, així com, en el seu cas, podreu reclamar davant de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades, en el supòsit de no haver obtingut satisfacció en l'exercici dels drets. Més informació sobre el tractament de les dades <http://www.hisenda.gva.es/es/registre-de-tractament-de-dades>.

De conformidad con la legislación, europea y española, en protección de datos de carácter personal, los datos que nos proporcione serán tratados, en calidad de responsable y en el ejercicio de las competencias atribuidas, por la Consellería de Hacienda y Modelo Económico, con la finalidad de gestionar el objeto de la instancia presentada. Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición presentando un escrito en el Registro de entrada de la Consellería, así como, en su caso, podrá reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos, en el supuesto de no haber obtenido satisfacción en el ejercicio de los derechos. Más información sobre el tratamiento de los datos <http://www.hisenda.gva.es/es/registre-de-tractament-de-dades>.

INSTRUCCIONS D'OMPLIMENT / INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

OMPLIU A MÀQUINA / ORDINADOR O AMB LLETRES MAJÚSCULES ELS ESPAIS REQUERITS.
RELLENE A MÁQUINA / ORDENADOR O CON LETRAS MAYÚSCULAS LOS ESPACIOS REQUERIDOS.

A - IDENTIFICACIÓ DEL SOL-LICITANT / IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

I HEU DE MARCAR LA CASELLA QUE CORRESPONGA A LA VOSTRA SOL-LICITUD. / *DEBE MARCAR LA CASILLA QUE CORRESPONDA A SU SOLICITUD.*

1) ALTA DE NOU/NOVA PERCEPTOR/A, QUAN EL SOL-LICITANT NO TINGA DONAT D'ALTA EN LA GENERALITAT CAP COMPTE BANCARI PER A LA DOMICILIACIÓ DELS SEUS PAGAMENTS. / *ALTA DE NUEVO/A PERCEPTOR/A, CUANDO EL SOLICITANTE NO TENGA DADA DE ALTA EN LA GENERALITAT NINGUNA CUENTA BANCARIA PARA LA DOMICILIACIÓN DE SUS PAGOS.*

2) ALTA DE NOVA DOMICILIACIÓ BANCÀRIA, QUAN EL SOL-LICITANT JA TINGA DONATS D'ALTA COMPTES BANCARIS EN LA GENERALITAT I EN VULGA DONAR D'ALTA ALTRES NOUS. / *ALTA DE NUEVA DOMICILIACIÓN BANCARIA, CUANDO EL SOLICITANTE YA TENGA DADAS DE ALTA CUENTAS BANCARIAS EN LA GENERALITAT Y QUIERA DAR DE ALTA OTRAS NUEVAS.*

3) BAIXA, QUAN EL SOL-LICITANT VULGA DEIXAR SENSE EFECTE UN COMPTE BANCARI DAVANT DE LA GENERALITAT DE MANERA QUE DEIXE DE REBRE PAGAMENTS A TRAVÉS D'AQUEST. / *BAJA, CUANDO EL SOLICITANTE QUIERA DEJAR SIN EFECTO UNA CUENTA BANCARIA ANTE LA GENERALITAT DE MANERA QUE DEJE DE RECIBIR PAGOS A TRAVÉS DE ELLA.*

II HEU DE MARCAR LA CASELLA QUE CORRESPONGA A LES CIRCUMSTÀNCIES DEL SOL-LICITANT.
DEBE MARCAR LA CASILLA QUE CORRESPONDA A LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SOLICITANTE.

4) SI EL SOL-LICITANT ÉS PERSONA FÍSICA I RESIDENT. / *SI EL SOLICITANTE ES PERSONA FÍSICA Y RESIDENTE.*

5) SI EL SOL-LICITANT ÉS PERSONA FÍSICA I NO RESIDENT. / *SI EL SOLICITANTE ES PERSONA FÍSICA Y NO RESIDENTE.*

6) SI EL SOL-LICITANT ÉS PERSONA JURÍDICA I RESIDENT. / *SI EL SOLICITANTE ES PERSONA JURÍDICA Y RESIDENTE.*

7) SI EL SOL-LICITANT ÉS PERSONA JURÍDICA I NO RESIDENT. / *SI EL SOLICITANTE ES PERSONA JURÍDICA Y NO RESIDENTE.*

III OMPLIU AMB LES DADES DEL SOL-LICITANT DE LA INSTÀNCIA.
RELLENE CON LOS DATOS DEL SOLICITANTE DE LA INSTANCIA.

IV HEU DE MARCAR LA DOCUMENTACIÓ QUE, PER A IDENTIFICAR EL SOL-LICITANT, PRESENTEU AMB AQUEST MODEL.
DEBE MARCAR LA DOCUMENTACIÓN QUE, PARA IDENTIFICAR AL SOLICITANTE, PRESENTA JUNTO A ESTE MODELO.

V EMPLENE AMB LES DADES CORRESPONENTS AL DOMICILI A ESPANYA DEL SOL-LICITANT.
RELLENE CON LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL DOMICILIO EN ESPAÑA DEL SOLICITANTE.

8) OMPLIU AMB L'ABREVIATURA DEL TIPUS DE VIA: c/., av., pl., etc. / *RELLENE CON LA ABREVIATURA DEL TIPO DE VÍA: c/., av., pl., etc.*

9) OMPLIU AMB L'ABREVIATURA CORRESPONENT AL VALOR AMB QUÈ ES DESCRIU EL VOSTRE NÚMERO DE VIA: núm., km, s/n, etc. / *RELLENE CON LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE AL VALOR CON QUE SE DESCRIBE SU NÚMERO DE VÍA: núm., km, s/n, etc.*

10) OMPLIU, EN EL SEU CAS, AMB EL VALOR CORRESPONENT AL QUALIFICATIU DEL SEU NÚMERO DE VIA: bis, dup, mod, ant, etc... / *RELLENE, EN SU CASO, CON EL VALOR CORRESPONDIENTE AL CALIFICATIVO DE SU NÚMERO DE VÍA: bis, dup, mod, ant, etc...*

11) OMPLIU AMB EL NOM DE LA LOCALITAT, POBLACIÓ, ETC ... SI ÉS DIFERENT DEL NOM DEL MUNICIPI. / *RELLENE CON EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD, POBLACIÓN, ETC ... SI ES DISTINTA DEL NOMBRE DEL MUNICIPIO.*

VI OMPLIU, EN EL SEU CAS, AMB LES DADES DEL DOMICILI ESTRANGER DEL SOL-LICITANT.
RELLENE, EN SU CASO, CON LOS DATOS DEL DOMICILIO EXTRANJERO DEL SOLICITANTE.

VII OMPLIU NOMÉS EN CAS QUE EL SOL-LICITANT SIGA UNA PERSONA JURÍDICA. HEU D'OMPLIR-HO AMB LES DADES IDENTIFICATIVES DEL REPRESENTANT QUE PRESENTA LA SOL-LICITUD. / *RELLENE SÓLO EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE SEA UNA PERSONA JURÍDICA. HA DE RELLENARLO CON LOS DATOS IDENTIFICATIVOS DEL REPRESENTANTE QUE PRESENTA LA SOLICITUD.*

12) HEU D'INDICAR LA DOCUMENTACIÓ QUE, PER A IDENTIFICAR AL REPRESENTANT, ADJUNTEU A AQUEST MODEL: NIF, NIE o PASSAPORT. / *DEBE INDICAR LA DOCUMENTACIÓN QUE, PARA IDENTIFICAR AL REPRESENTANTE, ADJUNTA A ESTE MODELO: NIF, NIE o PASAPORTE.*

B - COMPTES BANCARIS / CUENTAS BANCARIAS

13) COMPTE A ESPANYA: OMPLIU EL VOSTRE COMPTE AMB CODI IBAN. CAL COMENÇAR A OMPLIR PER L'ESQUERRA. / *CUENTA EN ESPAÑA: RELLENE SU CUENTA CON CÓDIGO IBAN. SE EMPEZARÁ A RELLENAR POR LA IZQUIERDA.*

14) COMPTE FORA D'ESPANYA: EN ELS DOS CASOS, LA CASELLA INFERIOR QUE HA DE DETALLAR EL COMPTE BANCARI S'HA DE COMENÇAR A OMPLIR PER L'ESQUERRA. ESCRIVIU NOMÉS NOMBRES, SENSE COMES, PUNTS NI GUIONS. TANT EL CODI IBAN COM EL CODI BIC ELS SUBMINISTRA L'ENTITAT FINANCERA. / *CUENTA FUERA DE ESPAÑA: EN AMBOS CASOS, LA CASILLA INFERIOR QUE DEBE DETALLAR LA CUENTA BANCARIA SE EMPEZARÁ A RELLENAR POR LA IZQUIERDA. ESCRIBA SOLO NÚMEROS, SIN COMAS, PUNTOS, NI GUIONES. TANTO EL CÓDIGO IBAN COMO EL CÓDIGO BIC LOS SUMINISTRA LA ENTIDAD FINANCIERA.*

C - DECLARACIÓ RESPONSABLE I AUTORITZACIONS / DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIONES

15) HEU D'INDICAR SI SOU TITULAR O COTITULAR DEL COMPTE LES DADES DEL QUAL CONSTEN EN L'APARTAT B DEL MODEL. / *DEBE INDICAR SI ES TITULAR O COTITULAR DE LA CUENTA CUYOS DATOS CONSTAN EN EL APARTADO B DEL MODELO.*

D - CERTIFICACIÓ / CERTIFICACIÓN

16) ESPAI QUE OMPLI L'ADMINISTRACIÓ. / *ESPACIO QUE RELLENA LA ADMINISTRACIÓN.*

E - ÒRGAN DESTINATARI / ÓRGANO DESTINATARIO

17) EN EL CAS QUE NO PRESENTEU EL MODEL DE DOMICILIACIÓ BANCÀRIA COM A PART INTEGRANT D'UN EXPEDIENT, HEU D'INDICAR L'ÒRGAN AL QUAL ES DIRIGEIX. / *EN EL CASO DE QUE NO SE PRESENTE EL MODELO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA COMO PARTE INTEGRANTE DE UN EXPEDIENTE, DEBE INDICAR EL ÓRGANO AL QUE LO DIRIGE.*

18) CONSELLERIA O ENTITAT A QUÈ PERTANY L'ÒRGAN. / *CONSEJERÍA O ENTIDAD A QUE PERTENECE EL ÓRGANO.*

19) SI ÉS POSSIBLE, HEU DE REFLECTIR EL TIPUS DE PROCEDIMENT EN QUÈ S'INTEGRARÀ LA INSTÀNCIA, PER EXEMPLE: SUBVENCIONS, CONTRACTACIÓ, PERCEPCIÓ D'AJUDES. / *SI ES POSIBLE, DEBE REFLEJAR EL TIPO DE PROCEDIMIENTO EN QUE SE VA A INTEGRAR LA INSTANCIA, POR EJEMPLO: SUBVENCIONES, CONTRATACIÓN, PERCEPCIÓN DE AYUDAS.*

20) SI ÉS POSSIBLE, HEU DE REFLECTIR EL CODI IDENTIFICADOR D'EXPEDIENT ADMINISTRATIU PER AL QUAL PRESENTEU EL MODEL DE DOMICILIACIÓ BANCÀRIA. / *SI ES POSIBLE, DEBE REFLEJAR EL CÓDIGO IDENTIFICADOR DE EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO PARA EL QUE PRESENTA EL MODELO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA.*

A DADES D'IDENTIFICACIÓ DE LA PERSONA GUARDADORA DE FET DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA GUARDADORA DE HECHO

Sr./Sra. _____, major d'edat, amb domicili en _____, Carrer/Avinguda/Plaça _____ número _____, província de _____, D.N.I./NIE núm. _____, a l'efecte de poder representar el Sr./Sra. _____, amb DNI/NIE _____, en l'expedient de sol·licitud del reconeixement de la situació de dependència i del dret a les prestacions corresponents, davall la seua responsabilitat, declara:

D/Dª _____, *mayor de edad, con domicilio* en _____, *Calle/Avenida/Plaza* _____ número _____, *provincia de* _____, *D.N.I./NIE nº* _____, *a los efectos de poder representar a* *D/Dª* _____, *con DNI/NIE* _____, *en el expediente de solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones correspondientes, bajo su responsabilidad, declara:*

B DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

- Que a judici seu la persona citada anteriorment no té capacitat d'autogovern.
Que a su juicio la persona anteriormente citada no tiene capacidad de autogobierno.
- Que el presumpte incapaç té els familiars següents:
Que el presunto incapaz tiene los siguientes familiares:

NOM I COGNOMS NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PARENTIU PARENTESCO	ADREÇA DIRECCIÓN

- Que en tant no existisca pronunciament judicial sobre la seua possible incapacitació, sol·licita que se'l considere com a interlocutor o representant d'aquesta persona en el procediment que s'inicia davant de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.
Que en tanto en cuanto no exista pronunciamiento judicial sobre su posible incapacitación, solicita se le considere como interlocutor o representante de dicha persona en el procedimiento que se inicia ante la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas.
- Que informarà a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de manera immediata de qualsevol canvi que, en relació a la situació d'aquesta persona, pugua produir-se.
Que pondrá en conocimiento de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la situación de dicha persona, pueda producirse.
- Queda assabentat que, a l'efecte del que preveu l'article 757 de la Llei d'enjudiciament civil, aquest escrit es posarà en coneixement del Ministeri Fiscal.
Queda enterado que, a los efectos de lo previsto en el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, este escrito se pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal.

_____ d _____ de _____

Signatura/Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

(1/2) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

CHAP - IAC
DIN - A4

**A DADES D'IDENTIFICACIÓ DE LA PERSONA GUARDADORA DE FET
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA GUARDADORA DE HECHO**

Sr./Sra. _____, major d'edat, amb domicili en _____, Carrer/Avinguda/Plaça _____ número _____, província de _____, D.N.I./NIE núm. _____, a l'efecte de poder representar el Sr./Sra. _____, amb DNI/NIE _____, en l'expedient de sol·licitud del reconeixement de la situació de dependència i del dret a les prestacions corresponents, davall la seua responsabilitat, declara:

D/Dª _____, *mayor de edad, con domicilio en _____, Calle/Avenida/Plaza _____ número _____, provincia de _____, D.N.I./NIE nº _____, a los efectos de poder representar a D/Dª _____, con DNI/NIE _____, en el expediente de solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones correspondientes, bajo su responsabilidad, declara:*

B DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

- Que a judici seu la persona citada anteriorment no té capacitat d'autogovern.
Que a su juicio la persona anteriormente citada no tiene capacidad de autogobierno.
- Que el presumpte incapaç té els familiars següents:
Que el presunto incapaz tiene los siguientes familiares:

NOM I COGNOMS NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PARENTIU PARENTESCO	ADREÇA DIRECCIÓN

- Que en tant no existisca pronunciament judicial sobre la seua possible incapacitació, sol·licita que se'l considere com a interlocutor o representant d'aquesta persona en el procediment que s'inicia davant de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.
Que en tanto en cuanto no exista pronunciamiento judicial sobre su posible incapacitación, solicita se le considere como interlocutor o representante de dicha persona en el procedimiento que se inicia ante la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas.
- Que informarà a la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de manera immediata de qualsevol canvi que, en relació a la situació d'aquesta persona, pugua produir-se.
Que pondrá en conocimiento de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la situación de dicha persona, pueda producirse.
- Queda assabentat que, a l'efecte del que preveu l'article 757 de la Llei d'enjudiciament civil, aquest escrit es posarà en coneixement del Ministeri Fiscal.
Queda enterado que, a los efectos de lo previsto en el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, este escrito se pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal.

_____ d _____ de _____

Signatura/Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASSAPORT PASAPORTE <input type="checkbox"/> ALTRES OTROS		NÚM. IDENTIFICACIÓ / NÚM. IDENTIFICACIÓN	
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)			

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (SI ESCAU)
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (EN SU CASO)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE	TELÈFON / TELÉFONO
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)			

**C NOTIFICACIONS (SI ÉS DIFERENT A L'APARTAT A)
NOTIFICACIONES (SI ES DISTINTO AL APARTADO A)**

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)			

Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics: Sí
Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos: Sí

(*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, la persona interessada haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, la persona interesada deberá disponer de certificación electrónica en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

**D CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (NO-AUTORITZACIÓ) - PERSONA SOL·LICITANT
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (NO AUTORIZACIÓN) - PERSONA SOLICITANTE**

Mitjançant la seua signatura en aquest imprés, la persona sol·licitant AUTORITZA expressament l'Administració a sol·licitar i obtindre de manera telemàtica les dades d'identitat, de residència, econòmiques i sanitàries d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència, de les prestacions que es puguen derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que es procedisca a calcular-les i es verifique el compliment dels requisits.

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, haurà de manifestar-ho a continuació, i tindrà l'obligació d'aportar els documents corresponents en els termes que exigeixen les normes reguladores del procediment.

Mediante su firma en este impreso, la persona solicitante AUTORIZA expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia, económicos y sanitarios de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia, de las prestaciones que se puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos.

En caso de oponerse a que el órgano gestor obtenga directamente esta información, deberá manifestarlo a continuación, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

- No autoritze l'obtenció de les dades d'identitat de la persona sol·licitant o, en el seu cas, del representant legal.
No autorizo la obtención de los datos de identidad de la persona solicitante o, en su caso, de su representante legal.
- No autoritze l'obtenció de les dades de residència de la persona sol·licitant.
No autorizo la obtención de los datos de residencia de la persona solicitante.
- No autoritze l'obtenció de les dades econòmiques de la persona sol·licitant.
No autorizo la obtención de los datos económicos de la persona solicitante.
- No autoritze l'obtenció de les dades sanitàries de la persona sol·licitant.
No autorizo la obtención de los datos sanitarios de la persona solicitante.

_____, de/d' _____ del _____
La persona sol·licitant / La persona solicitante La persona representant legal
La persona representante legal

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés es podran incloure en un fitxer perquè les tracte aquest òrgan administratiu com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que se li han atribuït i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, s'informa a la persona sol·licitant de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició; tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei orgànica persona sol·licitant de la 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
TIPUS D'IDENTIFICACIÓ / TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASSAPORT PASAPORTE <input type="checkbox"/> ALTRES OTROS		NÚM. IDENTIFICACIÓ / NÚM. IDENTIFICACIÓN	
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)			

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (SI ESCAU)
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (EN SU CASO)**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE	TELÈFON / TELÉFONO
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)			

**C NOTIFICACIONS (SI ÉS DIFERENT A L'APARTAT A)
NOTIFICACIONES (SI ES DISTINTO AL APARTADO A)**

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)			

Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics: Sí
 Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos: Sí

(*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, la persona interessada haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, la persona interesada deberá disponer de certificación electrónica en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

**D CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (NO-AUTORITZACIÓ) - PERSONA SOL·LICITANT
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (NO AUTORIZACIÓN) - PERSONA SOLICITANTE**

Mitjançant la seua signatura en aquest imprés, la persona sol·licitant **AUTORITZA** expressament l'Administració a sol·licitar i obtindre de manera telemàtica les dades d'identitat, de residència, econòmiques i sanitàries d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència, de les prestacions que es puguen derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que es procedisca a calcular-les i es verifique el compliment dels requisits.

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, haurà de manifestar-ho a continuació, i tindrà l'obligació d'aportar els documents corresponents en els termes que exigeixen les normes reguladores del procediment.

Mediante su firma en este impreso, la persona solicitante **AUTORIZA** expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia, económicos y sanitarios de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia, de las prestaciones que se puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos.

En caso de oponerse a que el órgano gestor obtenga directamente esta información, deberá manifestarlo a continuación, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

- No autoritze l'obtenció de les dades d'identitat de la persona sol·licitant o, en el seu cas, del representant legal.
No autorizo la obtención de los datos de identidad de la persona solicitante o, en su caso, de su representante legal.
- No autoritze l'obtenció de les dades de residència de la persona sol·licitant.
No autorizo la obtención de los datos de residencia de la persona solicitante.
- No autoritze l'obtenció de les dades econòmiques de la persona sol·licitant.
No autorizo la obtención de los datos económicos de la persona solicitante.
- No autoritze l'obtenció de les dades sanitàries de la persona sol·licitant.
No autorizo la obtención de los datos sanitarios de la persona solicitante.

_____, de/d' _____ del _____ La persona sol·licitant / La persona solicitante	_____ La persona representant legal La persona representante legal	REGISTRE D'ENTRADA REGISTRO DE ENTRADA
Signatura: Firma: _____	Signatura: Firma: _____	DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés es podran incloure en un fitxer perquè les tracte aquest òrgan administratiu com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que se li han atribuït i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, s'informa a la persona sol·licitant de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició; tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei orgànica persona sol·licitant de la 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

**E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (NO-AUTORITZACIÓ) - UNITAT FAMILIAR
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (NO AUTORIZACIÓN) - UNIDAD FAMILIAR**

La unitat familiar de la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència està integrada pels següents membres (no ho emplene si vosté és la única persona que compon la seua unitat familiar):

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

PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	NOM I COGNOMS DEL CÒNJUGUE, PARELLA DE FET I FILLS O FILLES A CÀRREC NOMBRE Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE, PAREJA DE HECHO E HIJOS O HIJAS A CARGO	DNI O NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	NO AUTORITZE NO AUTORIZO	SIGNATURA FIRMA
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	

Mitjançant la seua signatura en la columna corresponent de la taula anterior, els membres de la unitat familiar AUTORITZEN expressament a l'Administració a sol·licitar i obtindre de forma telemàtica les dades d'identitat, de residència i econòmiques d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència de la persona sol·licitant, de les prestacions que es puguen derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que es procedisca al seu càlcul i es verifique el compliment dels seus requisits.

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, haurà de manifestar-ho en la columna corresponent de la taula anterior, i tindrà l'obligació d'aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla anterior, los miembros de la unidad familiar AUTORIZAN expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia y económicos de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia de la persona solicitante, de las prestaciones que se puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos.

En caso de oponerse a que el órgano gestor obtenga directamente esta información, deberá manifestarlo en la columna correspondiente de la tabla anterior, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

**F INSTRUCCIONS
INSTRUCCIONES**

Aquest imprès s'utilitzarà únicament per a:

- Autoritzar l'accés a dades d'identitat, residència, econòmiques i sanitàries de la persona sol·licitant que no haja autoritzat mitjançant la seua signatura en la sol·licitud inicial l'accés a aquestes dades i que no haja aportat la documentació acreditativa de les mateixes. En cas de no autoritzar l'accés a totes o a algunes d'aquestes dades, haurà d'aportar la documentació corresponent:

- Fotocòpia del DNI/NIE
- Certificat o volant d'empadronament
- Certificat de pensions emés per l'INSS
- Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.

- Autoritzar l'accés a dades d'identitat, residència i econòmiques de tots o alguns dels membres de la unitat familiar, que no hagen autoritzat mitjançant la seua signatura en la taula corresponent de la sol·licitud inicial l'accés a aquestes dades, o que l'hagen emplenat de forma errònia o incompleta, i no hagen aportat la documentació acreditativa de les mateixes. En cas de no autoritzar l'accés a totes o a algunes d'aquestes dades, haurà d'aportar la documentació corresponent:

- Fotocòpia del DNI/NIE
- Certificat o volant d'empadronament
- Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.

A aquests efectes es consideraran components de la unitat familiar:

- La persona sol·licitant.
- Si és el cas, el cònjuge o parella de fet legalment constituïda de la persona sol·licitant.
- Els fills o filles a càrrec de la persona sol·licitant o del seu cònjuge o parella de fet legalment constituïda, ja siguen per naturalesa, adopció o acolliment, sempre que siguen menors de 25 anys o majors d'aquesta edat amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%.

**E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (NO-AUTORITZACIÓ) - UNITAT FAMILIAR
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (NO AUTORIZACIÓN) - UNIDAD FAMILIAR**

La unitat familiar de la persona sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència està integrada pels següents membres (no ho emplene si vosté és la única persona que compon la seua unitat familiar):

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

PARENTIU AMB LA PERSONA SOL·LICITANT PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE	NOM I COGNOMS DEL CÒNJUGUE, PARELLA DE FET I FILLS O FILLES A CÀRREC NOMBRE Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE, PAREJA DE HECHO E HIJOS O HIJAS A CARGO	DNI O NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	NO AUTORITZE NO AUTORIZO	SIGNATURA FIRMA
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	
				<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics Económicos	

Mitjançant la seua signatura en la columna corresponent de la taula anterior, els membres de la unitat familiar AUTORITZEN expressament a l'Administració a sol·licitar i obtindre de forma telemàtica les dades d'identitat, de residència i econòmiques d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència de la persona sol·licitant, de les prestacions que es puguen derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que es procedisca al seu càlcul i es verifique el compliment dels seus requisits.

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, haurà de manifestar-ho en la columna corresponent de la taula anterior, i tindrà l'obligació d'aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla anterior, los miembros de la unidad familiar AUTORIZAN expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia y económicos de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia de la persona solicitante, de las prestaciones que se puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos.

En caso de oponerse a que el órgano gestor obtenga directamente esta información, deberá manifestarlo en la columna correspondiente de la tabla anterior, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

**F INSTRUCCIONS
INSTRUCCIONES**

Aquest imprès s'utilitzarà únicament per a:

- Autoritzar l'accés a dades d'identitat, residència, econòmiques i sanitàries de la persona sol·licitant que no haja autoritzat mitjançant la seua signatura en la sol·licitud inicial l'accés a aquestes dades i que no haja aportat la documentació acreditativa de les mateixes. En cas de no autoritzar l'accés a totes o a algunes d'aquestes dades, haurà d'aportar la documentació corresponent:

- Fotocòpia del DNI/NIE
- Certificat o volant d'empadronament
- Certificat de pensions emés per l'INSS
- Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.

- Autoritzar l'accés a dades d'identitat, residència i econòmiques de tots o alguns dels membres de la unitat familiar, que no hagen autoritzat mitjançant la seua signatura en la taula corresponent de la sol·licitud inicial l'accés a aquestes dades, o que l'hagen emplenat de forma errònia o incompleta, i no hagen aportat la documentació acreditativa de les mateixes. En cas de no autoritzar l'accés a totes o a algunes d'aquestes dades, haurà d'aportar la documentació corresponent:

- Fotocòpia del DNI/NIE
- Certificat o volant d'empadronament
- Fotocòpia de la Declaració de la renda de les persones físiques del exercici fiscal vençut.

A aquests efectes es consideraran components de la unitat familiar:

- La persona sol·licitant.
- Si és el cas, el cònjuge o parella de fet legalment constituïda de la persona sol·licitant.
- Els fills o filles a càrrec de la persona sol·licitant o del seu cònjuge o parella de fet legalment constituïda, ja siguen per naturalesa, adopció o acolliment, sempre que siguen menors de 25 anys o majors d'aquesta edat amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%.

**F INSTRUCCIONS
INSTRUCCIONES (cont.)**

Este impreso se utilizará únicamente para:

- *Autorizar el acceso a datos de identidad, residencia, económicos y sanitarios de la persona solicitante que no haya autorizado mediante su firma en la solicitud inicial el acceso a dichos datos y que no haya aportado la documentación acreditativa de los mismos. En caso de no autorizar el acceso a todos o algunos de estos datos, deberá aportar la documentación correspondiente:*
 - *Fotocopia del DNI/NIE*
 - *Certificado o volante de empadronamiento*
 - *Certificado de pensiones emitido por el INSS*
 - *Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.*
- *Autorizar el acceso a datos de identidad, residencia y económicos de todos o algunos de los miembros de la unidad familiar, que no hayan autorizado mediante su firma en la tabla correspondiente de la solicitud inicial el acceso a dichos datos, o que la hayan cumplimentado de forma errónea o incompleta, y no hayan aportado la documentación acreditativa de los mismos. En caso de no autorizar el acceso a todos o algunos de estos datos, deberá aportar la documentación correspondiente:*
 - *Fotocopia del DNI/NIE*
 - *Certificado o volante de empadronamiento*
 - *Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.*

A dichos efectos se considerarán componentes de la unidad familiar:

- *La persona solicitante.*
- *En su caso, el cónyuge o pareja de hecho legalmente constituida de la persona solicitante.*
- *Los hijos de la persona solicitante o de su cónyuge o pareja de hecho legalmente constituida, ya sea por naturaleza, adopción o acogimiento, siempre que sean menores de 25 años o mayores de esta edad con un grado de discapacidad igual o superior al 33%.*

**F INSTRUCCIONS
INSTRUCCIONES (cont.)**

Este impreso se utilizará únicamente para:

- *Autorizar el acceso a datos de identidad, residencia, económicos y sanitarios de la persona solicitante que no haya autorizado mediante su firma en la solicitud inicial el acceso a dichos datos y que no haya aportado la documentación acreditativa de los mismos. En caso de no autorizar el acceso a todos o algunos de estos datos, deberá aportar la documentación correspondiente:*
 - *Fotocopia del DNI/NIE*
 - *Certificado o volante de empadronamiento*
 - *Certificado de pensiones emitido por el INSS*
 - *Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.*
- *Autorizar el acceso a datos de identidad, residencia y económicos de todos o algunos de los miembros de la unidad familiar, que no hayan autorizado mediante su firma en la tabla correspondiente de la solicitud inicial el acceso a dichos datos, o que la hayan cumplimentado de forma errónea o incompleta, y no hayan aportado la documentación acreditativa de los mismos. En caso de no autorizar el acceso a todos o algunos de estos datos, deberá aportar la documentación correspondiente:*
 - *Fotocopia del DNI/NIE*
 - *Certificado o volante de empadronamiento*
 - *Fotocopia de la Declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido.*

A dichos efectos se considerarán componentes de la unidad familiar:

- *La persona solicitante.*
- *En su caso, el cónyuge o pareja de hecho legalmente constituida de la persona solicitante.*
- *Los hijos de la persona solicitante o de su cónyuge o pareja de hecho legalmente constituida, ya sea por naturaleza, adopción o acogimiento, siempre que sean menores de 25 años o mayores de esta edad con un grado de discapacidad igual o superior al 33%.*