



## Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones económicas y servicios

|                          |  |                                                                |                  |                                                                  |           |                                |  |        |  |
|--------------------------|--|----------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|--|--------|--|
| NIF / NIE                |  | Nombre                                                         |                  |                                                                  |           |                                |  |        |  |
| Primer apellido          |  |                                                                | Segundo apellido |                                                                  |           |                                |  |        |  |
| Fecha nacimiento         |  | Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer |                  | Estado civil                                                     |           |                                |  |        |  |
| Nacionalidad             |  | Segunda nacionalidad                                           |                  |                                                                  |           |                                |  |        |  |
| Domicilio                |  | Tipo de vía                                                    |                  | Nombre de vía                                                    |           |                                |  |        |  |
| Número                   |  | Bloque                                                         |                  | Escalera                                                         |           | Piso                           |  | Puerta |  |
| CP                       |  | Localidad                                                      |                  |                                                                  | Provincia |                                |  |        |  |
| Teléfono fijo            |  | Teléfono móvil                                                 |                  | Correo electrónico                                               |           |                                |  |        |  |
| ¿Tiene seguridad social? |  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No              |                  | <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Beneficiario |           | Nº Afiliación Seguridad Social |  |        |  |

|                          |  |                |                                                                                                                                    |                    |  |
|--------------------------|--|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| NIF / NIE                |  | Nombre         |                                                                                                                                    |                    |  |
| Primer apellido          |  |                | Segundo Apellido                                                                                                                   |                    |  |
| Teléfono fijo            |  | Teléfono móvil |                                                                                                                                    | Correo electrónico |  |
| Relación con solicitante |  |                | Tipo representación: <input type="radio"/> Representante legal <input type="radio"/> Guardador de hecho <input type="radio"/> Otra |                    |  |

|                       |                                                                                                                                                     |  |               |  |           |          |  |  |      |      |  |        |  |  |    |  |  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|-----------|----------|--|--|------|------|--|--------|--|--|----|--|--|
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid) |  |               |  |           |          |  |  |      |      |  |        |  |  |    |  |  |
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a por correo certificado                                                                                                       |  |               |  |           |          |  |  |      |      |  |        |  |  |    |  |  |
| Tipo de vía           |                                                                                                                                                     |  | Nombre de vía |  |           |          |  |  |      |      |  |        |  |  |    |  |  |
| Número                |                                                                                                                                                     |  | Bloque        |  |           | Escalera |  |  | Piso |      |  | Puerta |  |  | CP |  |  |
| Localidad             |                                                                                                                                                     |  |               |  | Provincia |          |  |  |      | País |  |        |  |  |    |  |  |

|                                                                                            |                          |     |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| ¿Es emigrante español retornado?                                                           | <input type="radio"/> Sí | Año | <input type="radio"/> No |
| ¿Reside en la actualidad legalmente en España?                                             | <input type="radio"/> Sí |     | <input type="radio"/> No |
| ¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?                                      | <input type="radio"/> Sí |     | <input type="radio"/> No |
| De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? | <input type="radio"/> Sí |     | <input type="radio"/> No |
| ¿Está empadronado en algún municipio de la Comunidad de Madrid?                            | <input type="radio"/> Sí |     | <input type="radio"/> No |

[illegible]



# Comunidad de Madrid

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

| A) PREFERENCIA ENTRE LOS POSIBLES SERVICIOS/PRESTACIONES QUE, EN SU CASO, PUEDA RECIBIR                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |  |  |
| <input type="radio"/> Atención Residencial                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |  |  |
| <input type="radio"/> Servicio de ayuda a domicilio intensiva                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |  |  |
| <input type="radio"/> Centro de Atención Diurna                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> Atención Intensiva (de lunes a viernes)                                                                                                            |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> Atención No Intensiva (2-3 días de lunes a viernes). Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial. |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> Atención Fin de Semana. Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial.                              |  |  |
| <input type="radio"/> Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal u otros servicios                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |  |  |
| <b>PRESTACIONES</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |  |  |
| <input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar<br><i>(Cuando el solicitante esté siendo atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno)</i>                              | <input type="radio"/> A tiempo completo (mínimo 160 horas mensuales)                                                                                                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> A tiempo parcial (mínimo 80 horas mensuales). Compatible con el servicio de ayuda a domicilio no intensiva.                                        |  |  |
| <input type="radio"/> Prestación económica de asistencia personal <i>(sólo grado III)</i>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |  |  |
| <input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio<br><i>(Cuando el solicitante se encuentre atendido en un centro o recurso privado y no sea posible su traslado a un recurso público)</i> | <input type="radio"/> Atención Residencial                                                                                                                               |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> Centro de Atención Diurna                                                                                                                          |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> Atención domiciliaria (Ayuda a domicilio y/o teleasistencia)                                                                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal                                                                     |  |  |

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

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



# Comunidad de Madrid

## 4.4.- Servicios recibidos:

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

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

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

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

## 5.- Documentación requerida:

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

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



# Comunidad de Madrid

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

| Entidad | Oficina | D.C | Número de Cuenta |
|---------|---------|-----|------------------|
|         |         |     |                  |

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

## 7.- Declaración del solicitante:

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

### Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

☐ No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno.

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

**FIRMA**

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

**DESTINATARIO**