SESIÓN INFORMATIVA LEY DEPENDENCIA

SAN VICENTE DEL RASPEIG

DERECHOS SOCIALES

SERVICIO DE AUTONOMÍA PERSONAL Y DEPENDENCIA

Sant Vicent del Raspeig

SISTEMA PÚBLICO VALENCIANO DE **SERVICIOS SOCIALES**

PRESENTACIÓN SECCIÓN PROMOCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL Y DEPENDENCIA

COMETIDOS DE LA SECCION EN MATERIA DE DEPENDENCIA

- TRAMITAR EXPEDIENTES DEPENDENCIA
- VALORACION DE GRADO VBD
- SEGUIMIENTO DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

1. **TALLER INFORMATIVO**
2. **REVISIÓN DOCUMENTACIÓN**
3. **REGISTRO DOCUMENTACIÓN**
4. **VALORACIÓN EN DOMICILIO**
5. **CARTA RESOLUCIÓN GRADO**
6. **CARTA RESOLUCIÓN PIA**

Competencia Municipal

Competencia Consellería

TALLER DE DEPENDENCIA

1 ⇨ ¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA?

- **estado permanente**
- **por diversas razones** (edad, enfermedad, discapacidad, etc.)
- necesita **atención, apoyo, supervisión de otra persona**
- para realizar una o varias **actividades básicas de la vida diaria.**

Dependiendo de la **“intensidad” y frecuencia** de su apoyo, su grado de dependencia será mayor o menor.

¿EN QUÉ SE DIFERENCIA DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD?

- La **discapacidad** se caracteriza por **limitaciones en las habilidades funcionales** de una persona.

- La **dependencia** se refiere a la **necesidad de asistencia para realizar actividades diarias.**

3 ⇨ ¿QUÉ GRADOS HAY DE DEPENDENCIA?

Grado I - Dependencia Moderada

La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria **al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado** para su autonomía personal.

Grado II - Dependencia Severa

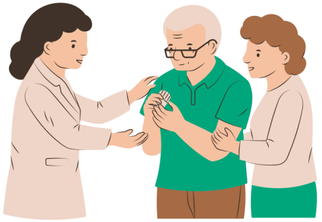
La persona necesita ayuda para realizar diversas actividades básicas **dos o tres veces al día pero no requiere el apoyo permanente** de un cuidador.

Grado III - Gran Dependencia

La persona necesita ayuda para realizar diversas actividades básicas **varias veces al día** y, por su pérdida total de autonomía, necesita el **apoyo continuo de otra persona.**

4 ⇨ ¿CÓMO SE VALORA LA DEPENDENCIA?

LA **TRABAJADORA SOCIAL**
VA AL **DOMICILIO HABITUAL**
(TAMBIÉN RESIDENCIA)
TRAS CONCERTAR **CITA**
PARA **HACER VALORACIÓN**



TELÉFONO DE CONTACTO
Y
DIRECCIÓN ACTUALIZADA

5 ⇨ ¿QUÉ AYUDAS HAY FRENTE A LA DEPENDENCIA?

RECURSOS / PRESTACIONES ECONÓMICAS

5.1 ÁMBITO FAMILIAR

LA PERSONA DEPENDIENTE PERMANECE EN CASA O DOMICILIO HABITUAL

PRESTACIÓN ECONÓMICA AL CUIDADOR NO PROFESIONAL

- una familiar o allegado es el cuidador
- gestión del recurso económico a voluntad del beneficiario

PRESTACIÓN VINCULADA A SAD

- contrato horas en empresa
- necesito ayuda profesional
- tareas domésticas/personales

AYUDA ECONÓMICA DESTINADA A COSTEAR LA ASISTENCIA A:

- Centro de Día
- Servicio de prevención y promoción de la autonomía personal

TELEASISTENCIA

5.2 ÁMBITO RESIDENCIAL

LA PERSONA YA NO PUEDE ESTAR EN CASA

SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

- Personas mayores
- Personas con problemas de salud mental
- Personas con discapacidad psíquica
- Personas con discapacidad física

TODO ES CUIDAR ⇨ FORMAR PARTE DE LA VIDA DE UNA PERSONA DEPENDIENTA **ES "CUIDAR"** A UNA PERSONA DEPENDIENTE

6 ➡ RESUMEN

1° QUE NOS HAGAN LAS PRUEBAS PARA DETERMINAR EL GRADO

↳ 1ª CARTA = RESOLUCIÓN GRADO 1, 2 o 3

2° PEDIMOS UN RECURSO O AYUDA ECONÓMICA

↳ 2ª CARTA = SE CONCEDE “X SERVICIO” DESDE “X FECHA” Y “ATRASOS”

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD INICIAL DE RECONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA I DEL DRET A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA

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

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____

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

1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / *DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DATA DE NAIXEMENT / *FECHA DE NACIMIENTO*	SEXE / *SEXO*	NÚM. SIP / *Nº SIP*	NACIONALITAT / *NACIONALIDAD*	ESTAT CIVIL / *ESTADO CIVIL*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

Si el domicili habitual coincideix amb el d'un centre residencial, indiqueu el nom del centre:
Si el domicilio habitual coincide con el de un centro residencial, indique el nombre del centro: _____

La persona viu a soles
La persona vive sola: ☐ Sí ☐ No

Centre municipal de serveis socials de referència:
Centro municipal de servicios sociales de referencia: _____

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

Té reconegut grau de discapacitat?
¿Tiene reconocido grado de discapacidad? ☐ Sí ☐ No En cas afirmatiu, província:
En caso afirmativo, provincia: _____ Any:
Año: _____

Té reconeguda una pensió d'incapacitat en grau de gran invalidesa per la Seguretat Social?
¿Tiene reconocida una pensión de incapacidad en grado de gran invalidez por la Seguridad Social? ☐ Sí ☐ No

Ha iniciat expedient per al reconeixement de la situació de dependència en una altra comunitat autònoma?
¿Ha iniciado expediente para el reconocimiento de la situación de dependencia en otra comunidad autónoma? ☐ Sí ☐ No

En cas de percebre una pensió d'un altre país, especifiqueu-ne la quantia mensual i el país o els països:
En caso de percibir una pensión de otro país, especifique la cuantía mensual y el país o los países: _____

2.- DADES A L'EFECTE DE NOTIFICACIONS / *DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONES*

(Cal omplir-lo únicament si són distintes de les dades de residència omplides en el punt anterior)
(Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior)

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/
PERSONA DEPENDIENTE/
PERSONA QUE NECESITA EL APOYO

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

Compta amb una persona representant o persona de suport? ☐ Sí ☐ No
¿Cuenta con una persona representante o persona de apoyo?

En cas afirmatiu, haurà d'omplir el document "Identificació de persones representants o de suport en el procediment de dependència".
En caso afirmativo, deberá cumplimentar el documento "Identificación de personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia"

C CAPACITAT ECONÒMICA
CAPACIDAD ECONÓMICA

La unitat familiar de la persona sol·licitant està integrada pels membres següents (no ho ompliu si sou l'única persona que compon la vostra unitat familiar):
La unidad familiar de la persona solicitante está integrada por los siguientes miembros (no lo rellene si usted es la única persona que compone la unidad familiar):

PARENTIU *PARENTESCO*	NOM I COGNOMS *NOMBRE Y APELLIDOS*	DNI / NIE *DNI / NIE*	DATA DE NAIXEMENT *FECHA DE NACIMIENTO*	DISCAPACITAT IGUAL O SUPERIOR AL 33 % *DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33 %*	FIRMA PER A AUTORITZACIÓ ACCÉS A DADES *FIRMA PARA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS*
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	

08/05/24

CHAP - IAC

DIN - A4

ATENCIÓN, SI MARCO SI HAY QUE RELLENAR MORELO IDENTIFICACION REPRESENTANTE

CÓNYUGE
HIJOS/AS MENORES
> 25 CON DISCAPACIDAD

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD INICIAL DE RECONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA I DEL DRET A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA

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

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

Dels serveis i les prestacions, assenyaleu amb una X quins voldríeu rebre. Podeu **assenyalar, a més de la teleassistència, com a màxim 2 recursos compatibles,** tenint en compte les compatibilitats establides en la normativa autonòmica vigent.
*De los servicios y prestaciones, señale con una X cuáles desearía recibir. Puede **señalar, además de la teleasistencia, como máximo 2 recursos compatibles,** teniendo en cuenta las compatibilidades establecidas en la normativa autonómica vigente.*

☐ Serveis de prevenció i promoció. Indiqueu els centres per orde de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol, i assenyaleu la província desitjada:
Servicios de prevención y promoción. Indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera, señalando provincia deseada:

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

1r *1.º* _____
2n *2.º* _____
3r *3.º* _____

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

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

☐ Servei d'ajuda a domicili
Servicio de ayuda a domicilio

☐ Servei de centre de dia/centre ocupacional. Marqueu un dels dos tipus i, a continuació, indiqueu els centres per orde de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol i assenyaleu la província desitjada:
Servicio de centro de día/centro ocupacional. Marque uno de los dos tipos y, a continuación, indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera y señale la provincia deseada:

- ☐ Centre de dia / *Centro de día*
- ☐ Centre ocupacional / *Centro ocupacional*

1r *1.º* _____
2n *2.º* _____
3r *3.º* _____

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

☐ Servei d'atenció residencial. Marqueu un dels tres tipus i, a continuació, indiqueu els centres per orde de preferència o, en defecte d'això, l'opció de qualsevol i assenyaleu la província desitjada:
Servicio de atención residencial. Marque uno de los tres tipos y, a continuación, indique los centros por orden de preferencia o, en su defecto, la opción de cualquiera y señale la provincia deseada:

- ☐ Residència / *Residencia*
- ☐ Centre residencial de caràcter convivencial de suport extens (habitatge tutelat assistit)
  Centro residencial de carácter convivencial de apoyo extenso (vivienda tutelada asistida)
- ☐ Centre residencial de caràcter convivencial de suport limitat o intermitent (habitatge tutelat supervisat)
  Centro residencial de carácter convivencial de apoyo limitado o intermitente (vivienda tutelada supervisada)

1r *1.º* _____
2n *2.º* _____
3r *3.º* _____

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

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

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

_____

08/05/24

DIN - A4 CHAP - IAC

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD INICIAL DE RECONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA I DEL DRET A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA

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

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

☐ Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar (aporteu el model "Compromís de permanència i formació de la persona cuidadora")
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (aporte el modelo "Compromiso de permanencia y formación de la persona cuidadora")

☐ Prestació vinculada als serveis de prevenció i promoció (habilitació i teràpia ocupacional, atenció primerenca, estimulació cognitiva, promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia personal, habilitació psicosocial per a persones amb malaltia mental o discapacitat intel·lectual. El servei ha d'estar acreditat. Consulteu l'enllaç següent:
https://inclusio.gva.es/va/web/dependencia/prestacions-vinculades-als-serveis
Prestación vinculada a los servicios de prevención y promoción (habilitación y terapia ocupacional, atención temprana, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal, habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. El servicio debe estar acreditado. Consultar en el enlace siguiente: https://inclusio.gva.es/es/web/dependencia/prestacions-vinculades-als-serveis

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

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

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

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

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

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

AUTORITZACIÓ / *AUTORIZACIÓN*

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

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

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

OPOSICIÓ / *OPOSICIÓN*

Amb la firma del present document, s'autoritza l'Administració perquè realitze la consulta de la informació següent de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant:
Mediante la firma del presente documento, se autoriza para que la Administración realice la consulta de la siguiente información de la persona solicitante y, en su caso, de su representante:
- Dades d'identitat de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant.
  Datos de identidad de la persona solicitante y, si es el caso, de su representante.
- Dades de naixement i filiació. / *Datos de nacimiento y filiación.*
- Dades de residència. / *Datos de residencia.*
- Reconeixement de pensions de la Seguretat Social. / *Reconocimiento de pensiones de la Seguridad Social*
- Consulta la història clínica amb la finalitat de completar la informació sanitària.
  Consulta de su historia clínica con la finalidad de completar la información sanitaria.
- Dades del registre de representants. / *Datos del registro de representantes.*
- Consulta d'ajudes estatals per alumnes amb necessitats de suport educatiu
  Consulta de ayudas estatales para alumnos con necesidades de apoyo educativo

Si us hi voleu oposar, és imprescindible que indiqueu a continuació la informació concreta a la consulta de la qual us oposeu i els motius que ho justifiquen.
Si desea oponerse, es imprescindible que indique a continuación la información concreta a cuya consulta se opone y los motivos que lo justifican.

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

MOTIUS DE L'OPOSICIÓ O NO AUTORITZACIÓ / *MOTIVOS DE LA OPOSICIÓN O NO AUTORIZACIÓN:*

DIN - A4 CHAP - IAC

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD INICIAL DE RECONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA I DEL DRET A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA

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

E DECLARACIÓ RESPONSABLE I CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (continuació)
DECLARACIÓN RESPONSABLE Y CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN ((continuación)

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

Se us informa que d'acord amb el que s'estableix en la disposició addicional huitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar les dades indicades en la present sol·licitud.
Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar aquellos datos manifestados en la presente solicitud.

_____ , ____ d _____ del _____

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La persona representant o persona de suport
La persona representante o persona de apoyo

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE/
PERSONA DEPENDIENTE/
PERSONA QUE NECESITA EL APOYO

SOLO SI
HE MARCADO SI
EN PERSONA REPRESENTANTE
O DE APOYO

GENERALITAT VALENCIANA

IDENTIFICACIÓ DE LES PERSONES REPRESENTANTS O DE SUPORT EN EL PROCEDIMENT DE DEPENDÈNCIA

IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS REPRESENTANTES O DE APOYO EN EL PROCEDIMIENTO DE DEPENDENCIA

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE: _____

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*	DNI / NIE	NÚM SIP / *N.º SIP*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

B DADES DE LA/LES PERSONA/ES REPRESENTANT/S O PERSONA/ES DE SUPORT
DATOS DE LA/S PERSONA/S REPRESENTANTE/S O PERSONA/S DE APOYO

PERSONA 1

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

Marque el tipus de representació o figura de suport / *Marque el tipo de representación o figura de apoyo:*

- ☐ Menor representat per pare/mare / *Menor representado por padre/madre*
- ☐ Menor amb tutela administrativa / *Menor con tutela administrativa*
- ☐ Menor amb tutela judicial / *Menor con tutela judicial*
- ☐ Mesures de suport voluntàries / *Medidas de apoyo voluntarias*
- ☐ Guardador/a de fet / *Guardador/a de hecho*
- ☐ Curador/a
- ☐ Defensor/a judicial
- ☐ Poder notarial general
- ☐ Representant administratiu (Seu electrònica) / *Representante administrativo (Sede electrónica)*
- ☐ Representant administratiu (Document atorgament representació) / *Representante administrativo (Documento otorgamiento representación)*
- ☐ Tutor legal (antiga llei) / *Tutor legal (antigua ley)*

Mitjançant la signatura del present document, s'autoritza l'Administració perquè consulte les dades d'identitat de la persona representant o de suport. Si desitja oposar-se, ha d'indicar-ho a continuació i aportar la documentació acreditativa de la seua identitat.
Mediante la firma del presente documento, se autoriza a la Administración para que consulte los datos de identidad de la persona representante. Si desea oponerse, debe indicarlo a continuación y aportar la documentación acreditativa de su identidad.

- ☐ M'opose a la consulta de les meues dades d'identitat / *Me opongo a la consulta de mis datos de identidad*

PERSONA 2

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

Marque el tipus de representació o figura de suport / *Marque el tipo de representación o figura de apoyo:*

- ☐ Menor representat per pare/mare / *Menor representado por padre/madre*
- ☐ Menor amb tutela administrativa / *Menor con tutela administrativa*
- ☐ Menor amb tutela judicial / *Menor con tutela judicial*
- ☐ Mesures de suport voluntàries / *Medidas de apoyo voluntarias*
- ☐ Guardador/a de fet / *Guardador/a de hecho*
- ☐ Curador/a
- ☐ Defensor/a judicial
- ☐ Poder notarial general
- ☐ Representant administratiu (Seu electrònica) / *Representante administrativo (Sede electrónica)*
- ☐ Representant administratiu (Document atorgament representació) / *Representante administrativo (Documento otorgamiento representación)*
- ☐ Tutor legal (antiga llei) / *Tutor legal (antigua ley)*

Mitjançant la signatura del present document, s'autoritza l'Administració perquè consulte les dades d'identitat de la persona representant o de suport. Si desitja oposar-se, ha d'indicar-ho a continuació i aportar la documentació acreditativa de la seua identitat.
Mediante la firma del presente documento, se autoriza a la Administración para que consulte los datos de identidad de la persona representante. Si desea oponerse, debe indicarlo a continuación y aportar la documentación acreditativa de su identidad.

- ☐ M'opose a la consulta de les meues dades d'identitat / *Me opongo a la consulta de mis datos de identidad*

CHAP - IAC

DIN - A4

VICEPRESIDÈNCIA SEGONA I CONSELLERIA DE SERVEIS SOCIALS, IGUALTAT I HABITATGE
VICEPRESIDENCIA SEGUNDA Y CONSELLERÍA DE SERVICIOS SOCIALES, IGUALDAD Y VIVIENDA

09/05/24

GENERALITAT VALENCIANA

IDENTIFICACIÓ DE LES PERSONES REPRESENTANTS O DE SUPORT EN EL PROCEDIMENT DE DEPENDÈNCIA

IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS REPRESENTANTES O DE APOYO EN EL PROCEDIMIENTO DE DEPENDENCIA

B DADES DE LA/LES PERSONA/ES REPRESENTANT/S O PERSONA/ES DE SUPORT
DATOS DE LA/S PERSONA/S REPRESENTANTE/S O PERSONA/S DE APOYO

PERSONA 3

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

Marque el tipus de representació o figura de suport / *Marque el tipo de representación o figura de apoyo:*

- ☐ Menor representat per pare/mare / *Menor representado por padre/madre*
- ☐ Menor amb tutela administrativa / *Menor con tutela administrativa*
- ☐ Menor amb tutela judicial / *Menor con tutela judicial*
- ☐ Mesures de suport voluntàries / *Medidas de apoyo voluntarias*
- ☐ Guardador/a de fet / *Guardador/a de hecho*
- ☐ Curador/a
- ☐ Defensor/a judicial
- ☐ Poder notarial general
- ☐ Representant administratiu (Seu electrònica) / *Representante administrativo (Sede electrónica)*
- ☐ Representant administratiu (Document atorgament representació) / *Representante administrativo (Documento otorgamiento representación)*
- ☐ Tutor legal (antiga llei) / *Tutor legal (antigua ley)*

Mitjançant la signatura del present document, s'autoritza l'Administració perquè consulte les dades d'identitat de la persona representant o de suport. Si desitja oposar-se, ha d'indicar-ho a continuació i aportar la documentació acreditativa de la seua identitat.
Mediante la firma del presente documento, se autoriza a la Administración para que consulte los datos de identidad de la persona representante. Si desea oponerse, debe indicarlo a continuación y aportar la documentación acreditativa de su identidad.

- ☐ M'opose a la consulta de les meues dades d'identitat / *Me opongo a la consulta de mis datos de identidad*

PERSONA 4

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

Marque el tipus de representació o figura de suport / *Marque el tipo de representación o figura de apoyo:*

- ☐ Menor representat per pare/mare / *Menor representado por padre/madre*
- ☐ Menor amb tutela administrativa / *Menor con tutela administrativa*
- ☐ Menor amb tutela judicial / *Menor con tutela judicial*
- ☐ Mesures de suport voluntàries / *Medidas de apoyo voluntarias*
- ☐ Guardador/a de fet / *Guardador/a de hecho*
- ☐ Curador/a
- ☐ Defensor/a judicial
- ☐ Poder notarial general
- ☐ Representant administratiu (Seu electrònica) / *Representante administrativo (Sede electrónica)*
- ☐ Representant administratiu (Document atorgament representació) / *Representante administrativo (Documento otorgamiento representación)*
- ☐ Tutor legal (antiga llei) / *Tutor legal (antigua ley)*

Mitjançant la signatura del present document, s'autoritza l'Administració perquè consulte les dades d'identitat de la persona representant o de suport. Si desitja oposar-se, ha d'indicar-ho a continuació i aportar la documentació acreditativa de la seua identitat.
Mediante la firma del presente documento, se autoriza a la Administración para que consulte los datos de identidad de la persona representante. Si desea oponerse, debe indicarlo a continuación y aportar la documentación acreditativa de su identidad.

- ☐ M'opose a la consulta de les meues dades d'identitat / *Me opongo a la consulta de mis datos de identidad*

_____ , ____ d _____ del _____

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

Firma: _____ Firma: _____ Firma: _____ Firma: _____

CHAP - IAC

DIN - A4

VICEPRESIDÈNCIA SEGONA I CONSELLERIA DE SERVEIS SOCIALS, IGUALTAT I HABITATGE
VICEPRESIDENCIA SEGUNDA Y CONSELLERÍA DE SERVICIOS SOCIALES, IGUALDAD Y VIVIENDA

09/05/24

FIRMA/S PERSONA/S REPRESENTANTE/S O DE APOYO

GENERALITAT VALENCIANA

MODEL DE REPRESENTACIÓ VOLUNTÀRIA / *MODELO DE REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA*

PROCEDIMENT DE RECONEIXEMENT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA I DEL DRET A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA / *PROCEDIMIENTO DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA*

A DADES DE LA PERSONA QUE ATORGA LA REPRESENTACIÓ / *DATOS DE LA PERSONA QUE OTORGA LA REPRESENTACIÓN*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI / NIF / NIE	SEXE / *SEXO*	DATA DE NAIXEMENT / *FECHA DE NACIMIENTO*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÉFON / *TELÉFONO*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*	SIP

B DADES DE LA PERSONA QUE ACCEPTA LA REPRESENTACIÓ / *DATOS DE LA PERSONA QUE ACEPTA LA REPRESENTACIÓN*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI / NIF / NIE

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÉFON / *TELÉFONO*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

En el present procediment, la persona representant pot exercitar les següents facultats
En el presente procedimiento, la persona representante puede ejercitar las siguientes facultades:

- Formular i signar sol·licituds i documents , a excepció del model de domiciliació bancària, que haurà d'estar obligatòriament signat per la persona interessada / *Formular y firmar solicitudes y documentos, a excepción del modelo de domiciliación bancaria, que deberá estar obligatoriamente firmado por la persona interesada.*
- Aportar quantes dades i documents se sol·liciten o s'interessen / *Aportar cuantos datos y documentos se soliciten o se interesen.*
- Rebre tot tipus de comunicacions/notificacions / *Recibir todo tipo de comunicaciones/notificaciones.*
- Presentar escrits i al·legacions / *Presentar escritos y alegaciones.*
- I, en general, quantes actuacions corresponguen a la persona representada en el curs d'aquest procediment / *Y, en general, cuantas actuaciones correspondan a la persona representada en el curso de este procedimiento.*

C ACCEPTACIÓ DE LA REPRESENTACIÓ / *ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN*

Mitjançant la signatura del present document, la persona representant:
Mediante la firma del presente documento, la persona representante:

- Accepta la representació conferida i respon de l'autenticitat de la signatura de la persona atorgant
  Acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma de la persona otorgante

- Autoritza perquè l'Administració realitze la consulta de les seues dades d'identitat
  Autoriza para que la Administración realice la consulta de sus datos de identidad

Si desitja oposar-se, és imprescindible que ho indique a continuació:
Si desea oponerse, es imprescindible que lo indique a continuación:

☐ M'opose a la consulta de les meues dades d'identitat
Me opongo a la consulta de mis datos de identidad

Si no autoritza o s'oposa a la consulta de les dades indicades, queda obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents
Si no autoriza o se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes

La signatura del present document permet a l'Administració accedir a les dades d'identitat, naixement o filiació, residència, pensions de la Seguretat Social, Agència Tributària estatal, sanitàries i del Registre de Representants de la persona representada, per a la correcta progressió de la seua sol·licitud de dependència.
La firma del presente documento permite a la Administración acceder a los datos de identidad, nacimiento o filiación, residencia, pensiones de la Seguridad Social, Agencia Tributaria estatal, sanitarias y del Registro de Representantes de la persona representada, para la correcta progresión de su solicitud de dependencia.

_____ , ____ d _____ de _____

La persona representada

La persona representant / *La persona representante*

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

VICEPRESIDÈNCIA SEGONA I CONSELLERIA DE SERVEIS SOCIALS, IGUALTAT I HABITATGE
VICEPRESIDENCIA SEGUNDA Y CONSELLERIA DE SERVICIOS SOCIALES, IGUALDAD Y VIVIENDA

05/02/24

GENERALITAT VALENCIANA

COMPROMÍS DE PERMANÈNCIA I FORMACIÓ DE LA PERSONA CUIDADORA

COMPROMISO DE PERMANENCIA Y FORMACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA

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*	*DNI / NIE*

DATA DE NAIXEMENT / *FECHA DE NACIMIENTO*	SEXE / *SEXO*	NACIONALITAT / *NACIONALIDAD*	NÚMERO DE SIP

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP	LOCALITAT / *LOCALIDAD*

PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFONS / *TELÉFONOS*	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 estic empadronat/ada a una distància del domicili de la persona que permet, per proximitat, les cures.
- *Que estoy empadronado/a a una distancia del domicilio de la persona que permite, por proximidad, los cuidados.*

- Que no tinc reconeguda ni he sol·licitat el reconeixement de la situació de dependència en qualsevol dels seus graus, ni gran invalidesa.
- *Que no tengo reconocida ni he solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, ni gran invalidez.*

- Que tinc la següent relació amb la persona beneficiària:
- *Que tengo la siguiente relación con la persona beneficiaria:*

☐ Relació familiar amb parentiu (indicar tipus):
Relación familiar con parentesco (indicar tipo): _____

☐ Relació familiar sense parentiu (proper/a)
Relación familiar sin parentesco (allegado/a)

☐ Relació laboral
Relación laboral

- Que convisc amb la persona cuidada:
- *Que convivo con la persona cuidada:*

☐ SÍ ☐ NO

- Que la meua situació laboral actual és:
- *Que mi situación laboral actual es:*

☐ Actiu / *Activo* ☐ Inactiu / *Inactivo*

- Que sóc cuidador/a, 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, o he solicitado serlo, de otra persona en situación de dependencia, cuyos datos son los siguientes:*

Nom / *Nombre* _____ DNI _____

- Que em compromet a prestar les cures durant un període mínim d'un any continuat.
- *Que me comprometo a prestar los cuidados durante un periodo mínimo de un año continuado.*

- Que la persona a la qual vull cuidar està atesa per una altra persona cuidadora familiar:
- *Que la persona a la que quiero cuidar está atendida por otra persona cuidadora familiar:*

☐ SÍ ☐ NO

PP - IAC

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/
PERSONA DEPENDIENTE/
PERSONA QUE NECESITA EL APOYO

GENERALITAT VALENCIANA

COMPROMÍS DE PERMANÈNCIA I FORMACIÓ DE LA PERSONA CUIDADORA

COMPROMISO DE PERMANENCIA Y FORMACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA

C CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ / *CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN*

Mitjançant la signatura del present document, NO M'OPOSE al fet que l'Administració consulte la següent informació, exclusivament als efectes del reconeixement, seguiment i control de la prestació per a cures en l'entorn familiar:
Mediante la firma del presente documento, NO ME OPONGO a que la Administración consulte la siguiente información, exclusivamente a los efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la prestación para cuidados en el entorno familiar:

- Dades d'identitat. / *Datos de identidad.*
- *Dades de residència. / Datos de residencia.*
- Dades relatius a antecedents penals / *Datos relativos a antecedentes penales*
- Dades d'alta en la Seguretat Social / *Datos de alta en la Seguridad Social*

Si desitja oposar-se, és imprescindible que indique a continuació la informació concreta a la consulta de la qual s'oposa i els motius que ho justifiquen.
Si desea oponerse, es imprescindible que indique a continuación la información concreta a cuya consulta se opone y los motivos que lo justifican.

☐ M'opose a la consulta de les dades d'identitat. / *Me opongo a la consulta de los datos de identidad.*

☐ M'opose a la consulta de les dades de residència. / *Me opongo a la consulta de los datos de residencia.*

☐ M'opose a la consulta dels antecedents penals / *Me opongo a la consulta de los antecedentes penales*

☐ M'opose a la consulta de les dades d'alta en la Seguretat Social / *Me opongo a la consulta de los datos de alta en la Seguridad Social*

MOTIUS DE L'OPOSICIÓ
MOTIVOS DE LA OPOSICIÓN

AVÍS / *AVISO:*
Si s'oposa a la consulta de les dades indicades, queda obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents.
Si se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

Se l'informa que d'acord amb el que s'estableix en la Disposició addicional octava de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar aquelles dades manifestades en la present sol·licitud.
Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la Disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar aquellos datos manifestados en la presente solicitud.

_____ , ____ d _____ de _____

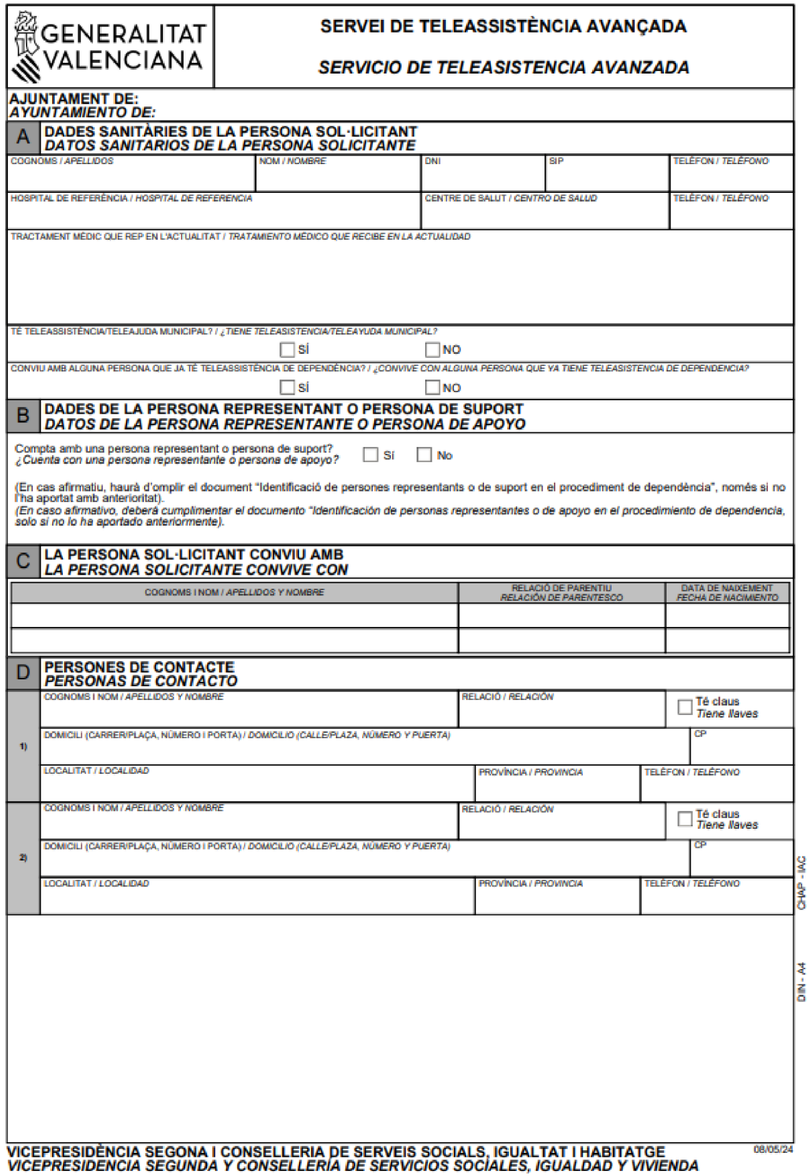
La persona cuidadora / *La persona cuidadora*

Signatura:
Firma: _____

JAAPP - IAC

FIRMA DE LA PERSONA CUIDADORA

TODOS LOS DATOS SON SOBRE LA PERSONA DEPENDIENTE



GENERALITAT VALENCIANA

SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA AVANÇADA

SERVICIO DE TELEASISTENCIA AVANZADA

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

Compta amb una persona representant o persona de suport? / *¿Cuenta con una persona representante o persona de apoyo?* ☐ Sí ☐ No

(En cas afirmatiu, haurà d'omplir el document "Identificació de persones representants o de suport en el procediment de dependència", només si no l'ha aportat amb anterioritat).
(En caso afirmativo, deberá cumplimentar el documento "Identificación de personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia, solo si no lo ha aportado anteriormente).

C 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*

D PERSONES DE CONTACTE
PERSONAS DE CONTACTO

1)
COGNOMS I NOM / *APELLIDOS Y NOMBRE* | RELACIÓ / *RELACIÓN* | ☐ Té claus / *Tiene llaves*
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)* | CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD* | PROVÍNCIA / *PROVINCIA* | TELÈFON / *TELÉFONO*

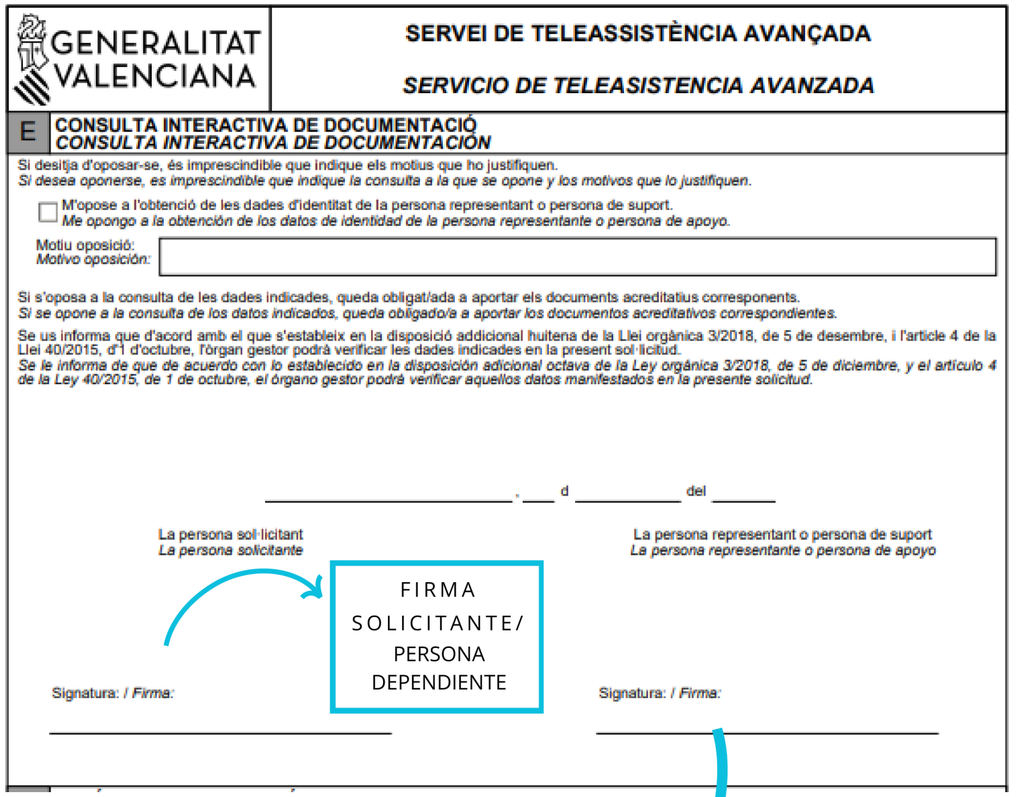
2)
COGNOMS I NOM / *APELLIDOS Y NOMBRE* | RELACIÓ / *RELACIÓN* | ☐ Té claus / *Tiene llaves*
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)* | CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD* | PROVÍNCIA / *PROVINCIA* | TELÈFON / *TELÉFONO*

CHAP - IAC

DIN - A4

VICEPRESIDÈNCIA SEGONA I CONSELLERIA DE SERVEIS SOCIALS, IGUALTAT I HABITATGE
VICEPRESIDENCIA SEGUNDA Y CONSELLERÍA DE SERVICIOS SOCIALES, IGUALDAD Y VIVIENDA

08/05/24



GENERALITAT VALENCIANA

SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA AVANÇADA

SERVICIO DE TELEASISTENCIA AVANZADA

E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN

Si desitja d'oposar-se, és imprescindible que indique els motius que ho justifiquen.
Si desea oponerse, es imprescindible que indique la consulta a la que se opone y los motivos que lo justifiquen.

☐ M'opose a l'obtenció de les dades d'identitat de la persona representant o persona de suport.
Me opongo a la obtención de los datos de identidad de la persona representante o persona de apoyo.

Motiu oposició:
Motivo oposición:

Si s'oposa a la consulta de les dades indicades, queda obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents.
Si se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

Se us informa que d'acord amb el que s'estableix en la disposició addicional huitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar les dades indicades en la present sol·licitud.
Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar aquellos datos manifestados en la presente solicitud.

_____, ___ d _____ del _____

La persona sol·licitant
La persona solicitante

La persona representant o persona de suport
La persona representante o persona de apoyo

FIRMA SOLICITANTE/ PERSONA DEPENDIENTE

Signatura: / *Firma:*

Signatura: / *Firma:*

SI MARCO SI Y FIRMO HAY QUE RELLENAR IDENTIFICACION REPRESENTANTE

GENERALITAT VALENCIANA

ANNEX / *ANEXO*

MODEL DE DOMICILIACIÓ BANCÀRIA
MODELO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

A **IDENTIFICACIÓ DEL SOL·LICITANT**
IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

I [X] 1) ALTA NOU/NOVA PERCEPTOR/A *ALTA NUEVO/A PERCEPTOR/A* [ ] 2) ALTA NOVA DOMICILIACIÓ *ALTA NUEVA DOMICILIACIÓN* [ ] 3) BAIXA *BAJA*

II [X] 4) FÍSICA RESIDENT *FÍSICA RESIDENTE* [ ] 5) FÍSICA NO RESIDENT *FÍSICA NO RESIDENTE* [ ] 6) JURÍDICA RESIDENT *JURÍDICA RESIDENTE* [ ] 7) JURÍDICA NO RESIDENT *JURÍDICA NO RESIDENTE*

III COGNOMS I NOM O RAÓ SOCIAL
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

IV [ ] NIF [ ] NIE [ ] PASSAPORT *PASAPORTE* [ ] VAT [ ] ALTRES *OTROS*
NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓ / *NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓN*

V 8) TIPUS VIA *TIPO VÍA* | NOM VIA *NOMBRE VÍA* | 9) TIPUS NÚMERO *TIPO NÚMERO*: NUM | NÚM. VIA *NÚM. VÍA* | 10) QUALIF. NÚM. VIA *CALIF. NÚM. VÍA*

V BLOC *BLOQUE* | PORTAL *PORTAL* | ESCALA *ESCALERA* | PIS *PISO* | PORTA *PUERTA* | DADES COMPLEMENTÀRIES DEL DOMICILI *DATOS COMPLEMENTARIOS DEL DOMICILIO*

V DOMICILI ESTRANGER 1 *DOMICILIO EXTRANJERO 1* | DOMICILI ESTRANGER 2 *DOMICILIO EXTRANJERO 2*

VI 11) POBLACIÓ *POBLACIÓN*: SAN VICENTE DEL RASPEIG | CODI POSTAL *CÓDIGO POSTAL*: 03690 | PROVÍNCIA *PROVINCIA*: ALICANTE | PAÍS *PAÍS*: ESPAÑA

ADREÇA ELECTRÒNICA *CORREO ELECTRÓNICO* | TELÈFON FIX *TELÉFONO FIJO* | TELÈFON MÒBIL *TELÉFONO MÓVIL*

VII COGNOMS I NOM DEL REPRESENTANT
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE

VII [ ] 12) NIF [ ] NIE [ ] PASSAPORT *PASAPORTE*
NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓ / *NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓN*

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/
PERSONA DEPENDIENTE/
PERSONA QUE NECESITA EL APOYO

SOLO SI ES MENOR,
SOY SU CURADOR
TENGO PODER NOTARIAL,
SOY APODERADO/A
U OTRO DOCUMENTO

B COMPTES BANCARIS
CUENTAS BANCARIAS

COMPTE A ESPANYA / *CUENTA EN ESPAÑA*

ENTITAT FINANCERA *ENTIDAD FINANCIERA*	SEGELL DE L' ENTITAT FINANCERA *SELLO DE LA ENTIDAD FINANCIERA*

13) IBAN | E | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Cal omplir començant per l'esquerra i deixar en blanc els espais que no es necessiten)
(Rellénese comenzando por la izquierda, y dejar en blanco los espacios que no se necesiten)

☐ COMPTE NOMINA EMPLEAT PUBLIC (excepte personal estatutari) / *CUENTA NOMINA EMPLEADO PUBLICO (excepto personal estatutario)*

COMPTE EN ALTRES PAÏSOS (IBAN / NO IBAN) / *CUENTA EN OTROS PAÍSES (IBAN / NO IBAN)*

14)

CLAU DE PAIS *CLAVE DE PAIS*	CLAU DE BANC *CLAVE DE BANCO*	SWIFT / BIC	Núm. COMPTE / *Nº CUENTA*	CLAU CONTROL *CLAVE CONTROL*
Núm. COMPTE COMPLET / *N.º CUENTA COMPLETO*				
NOM DEL BANC / *NOMBRE DEL BANCO*				

C DECLARACIÓ RESPONSABLE
DECLARACIÓN RESPONSABLE

15)

El sol·licitant declara que són certes les dades bancàries de l'apartat B que identifiquen el compte corrent del qual és: _____
El règim legal d'aquesta declaració responsable és el que s'estableix en l'article 69 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.

El solicitante declara que son ciertos los datos bancarios del apartado B que identifican la cuenta corriente de la que es: TITULAR
El régimen legal de esta declaración responsable es el que se establece en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

FIRMA: _____

NIF: _____

11/10/23

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/
PERSONA DEPENDIENTE/
PERSONA QUE NECESITA EL APOYO

D CONSULTA INTERACTIVA DE DADES (AUTORITACIÓ)
CONSULTA INTERACTIVA DE DATOS (AUTORIZACIÓN)

L'òrgan gestor del procediment ha d'estar autoritzat per vosté per a poder consultar, davant l'Agència Estatal de l'Administració Tributària (AEAT), les dades d'identitat (NIF) amb la finalitat de validació. Si autoritza aquesta consulta, indique-ho a continuació

El órgano gestor del procedimiento debe estar autorizado por usted para poder consultar, ante la Agencia Estatal de la Administración Tributaria (AEAT), los datos de identidad (NIF) con la finalidad de validación. Si autoriza dicha consulta, indíquelo a continuación

AVÍS: si no autoritza, queda obligat a aportar els documents acreditatius corresponents
AVISO: si no autoriza, queda obligado a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

☒ Autoritze la consulta de dades d'identitat (NIF) davant l'AEAT
Autorizo la consulta de datos de identidad (NIF) ante la AEAT

E CERTIFICACIÓ (apartat a omplir per l'administració)
CERTIFICACIÓN (apartado a rellenar por la administración)

16) COMPROVADA LA PERSONALITAT I, SI ÉS EL 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:
ÓRGANO: _____

_____ , ____ d _____ de _____

SIGNATURA:
FIRMA: _____

F DESTINATARI
DESTINATARIO

17) ÒRGAN AL QUAL ES DIRIGEIX *ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE*	18) CONSELLERIA O ENTITAT *CONSELLERIA O ENTIDAD*
GVA	CSSIV
19) PROCEDIMENT EN EL QUAL ES PRESENTA *PROCEDIMIENTO EN EL QUE SE PRESENTA*	20) CODI IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMENT *CÓDIGO IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMIENTO*
DEPENDENCIA	

NO SE RELLENA

Ajuntament de Sant Vicent del Raspeig

AUTORIZACIÓN DE REPRESENTACIÓN ANTE EL AYUNTAMIENTO DE SAN VICENTE DEL RASPEIG
(Persona Física)

I. DATOS PERSONA QUE OTORGA LA REPRESENTACIÓN (PERSONA REPRESENTADA)

NOMBRE Y APELLIDOS			NIF / DNI / NIE		
DOMICILIO		Nº	ESC.	PLANTA	PTA.
C.P.	MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO1	TELÉFONO2	

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/ PERSONA DEPENDIENTE/ PERSONA QUE NECESITA EL APOYO

II. DATOS PERSONA QUE ACEPTA LA REPRESENTACIÓN (PERSONA REPRESENTANTE)

NOMBRE Y APELLIDOS			NIF / DNI / NIE		
DOMICILIO		Nº	ESC.	PLANTA	PTA.
C.P.	MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO1	TELÉFONO2	

DATOS DE QUIEN VA A PRESENTAR LOS PAPELES EN EL NOMBRE DE LA PERSONA DEPENDIENTE

III. LA REPRESENTACIÓN SE OTORGA PARA EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO

La persona representada **OTORGA SU REPRESENTACIÓN** al representante para el siguiente procedimiento:

ÁREA / SERVICIO / DEPARTAMENTO
DERECHOS SOCIALES
PROCEDIMIENTO
DEPENDENCIA

En el presente procedimiento, persona representante puede ejercitar las siguientes facultades:

- ☐ Presentación de solicitud y formular peticiones
- ☐ Presentar alegaciones y escritos
- ☐ Presentar autoliquidaciones
- ☒ A cuantas actuaciones correspondan al representado en el curso del procedimiento
- ☐ Recibir notificaciones y comunicaciones
- ☐ Presentar declaración responsable
- ☐ Desistimiento, recursos, reclamaciones

IV. ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN, FECHA Y FIRMA

Con la firma del presente escrito la persona/entidad representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del representado, así como de los documentos que la acompañan. **NORMA APLICABLE:** Artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas

San Vicente del Raspeig a :

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTADA	FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE/
PERSONA DEPENDIENTE/
PERSONA QUE NECESITA EL APOYO

FIRMA QUIEN VA A PRESENTAR LOS PAPELES EN EL NOMBRE DE LA PERSONA DEPENDIENTE

7 ⇨ IMPORTANTE

- LOS EXPEDIENTES **“ESTAN VIVOS”**, TODO SE PUEDE MODIFICAR, EL GRADO, EL RECURSO...

- OBLIGACIÓN DE **COMUNICAR CUALQUIER VARIACIÓN** A LOS DATOS REFLEJADOS EN LA SOLICITUD

REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO

¿CÓMO SE HACE?

1° COMPLETAR LOS IMPRESOS DE FORMA ADECUADA

2° ENTREGARLOS EN EL REGISTRO JUNTO CON:

DEL DEPENDIENTE

- DNI
- SIP
- INFORME MÉDICO DE PRESTACIONES SOCIALES/ INFORME DE ESPECIALISTAS
- OTROS DOCUMENTOS (DISCAPACIDAD...)

DEL CUIDADOR

- DNI
- SIP

3° NOS LLEGA Y LO VEMOS EN PANTALLA

4° SI HAY ERRORES LLAMAMOS O ENVIAMOS CARTA

5° RECIBIMOS 1ª CARTA. RESOLUCIÓN DE GRADO

6° RECIBIMOS 2ª CARTA. CONCESIÓN RECURSO

CONTACTO:

- TELEFÓNICO 96 567 50 65

  RECEPCIÓN EXT. 2274 - 2276
  TECNICO INTEGRACION SOCIAL EXT. 2262

- CORREO:
  dependencia@raspeig.es
  citapreviasocial@raspeig.es

- **REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN DEPENDENCIA**

  MARTES CON CITA PREVIA
  VIERNES CON CITA PREVIA

- ATENCIÓN AL PÚBLICO POR TRABAJADORA SOCIAL

  TELEFÓNICA: MARTES CON CITA PREVIA
  PRESENCIAL: MIÉRCOLES CON CITA PREVIA

REGISTRO DE DOCUMENTACIÓN (CIVIC)

- **CITAS: MIÉRCOLES** A PARTIR DE LAS 14:00H.

- **SIN CITA**
  TRAMITACIÓN ASISTIDA CON CERTIFICADO DIGITAL
  - CON PEN DRIVE

LEY DE DEPENDENCIA

La dependencia es un **estado permanente** en el que se encuentra una persona que, por diversas razones (edad, enfermedad, discapacidad, etc.) necesita atención o apoyo de otra persona para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria.

Actividad básica de la vida diaria: son actividades relacionadas con la vida **independiente**, incluyen preparar comidas, administrar el dinero, hacer las compras, realizar tareas domésticas, cuidados personales, orientación, entender órdenes y ejecutar tareas sencillas.

Una personas dependiente requiere apoyo o supervisión para realizar una o varias de estas actividades, y dependiendo de la "intensidad" y frecuencia de su apoyo, su grado de dependencia será mayor o menor.

GRADOS

Grado I - Dependencia Moderada

La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria **al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado** para su autonomía personal.

Grado II - Dependencia Severa

La persona necesita ayuda para realizar diversas actividades básicas **dos o tres veces al día pero no requiere el apoyo permanente** de un cuidador.

Grado III - Gran Dependencia

La persona necesita ayuda para realizar diversas actividades básicas **varias veces al día** y, por su pérdida total de autonomía, necesita el **apoyo continuo de otra persona.**

SERVICIOS

SERVICIO RESIDENCIAL
El centro se convierte en la residencia habitual de la persona dependiente. En el centro se lleva a cabo atención integral y continuada y se favorece la convivencia y realización de actividades en la medida de sus posibilidades.

TELEASISTENCIA: Servicio de telealarma
Mediante una línea telefónica, la persona dependiente o su cuidador pueden entrar en contacto verbal rápida y adecuadamente para dar respuesta a la necesidad planeada.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL
Programas cuya finalidad es desarrollar y mantener la **capacidad personal** de controlar, afrontar y tomar decisiones a cerca de cómo vivir y facilitar la ejecución de las ABVD fomentando las relaciones y convivencia.

AYUDA A DOMICILIO
Proporciona atención profesionalizada en el domicilio de la persona, cubriendo sus necesidades diarias y fomentando su autonomía. Es la familia la que distribuye las horas otorgadas de acuerdo con sus necesidades.

VIVIENDAS TUTELADAS
Hogares de un máximo de 10 plazas para aquellas personas que precisen asistencia, pero puedan vivir en régimen parcialmente autónomo.

PRESTACIONES

PRESTACIÓN ECONÓMICA CUIDADO ENTORNO FAMILIAR
La persona en situación de dependencia dispondrá de una ayuda económica para apoyar la labor de cuidado que recibe bien de familiares, de personas cercanas en su entorno o de alguien contratado al efecto.

PRESTACIONES VINCULADAS
Corresponde con ayudas económicas cuyo destino es contribuir al pago de un servicio **que ya recibe** de forma continuada de los siguientes:

- Centro de Día
- Vivienda Tutelada
- SAD
- Prevención y promoción de la autonomía personal

ASISTENTE PERSONAL
Esta prestación permite contribuir al coste de contratación de una persona cualificada para favorecer la autonomia personal e inserción social, laboral o educativa. Ayuda a la persona dependiente a llevar a cabo su proyecto de vida independiente y el desarrollo de actividades, personales, laborales, educativas, deportivas y sociales.

PRESTACIÓN VINCULADA DE GARANTÍA
En el caso de que no se disponga de plaza sustentada con fondos públicos adecuada en un radio de 20km respecto del domicilio de la persona en situación de dependencia, se ofrecerá la posibilidad de financiar una plaza en un centro ajeno a la red pública.

COMPATIBILIDADES

Según el grado en el que se encuentre la persona solicitante podrá acceder a unos u otros servicios y prestaciones.

La Generalitat aprobó el 19 de mayo de 2017 un decreto por el cual se establece un procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso a diferentes servicios y prestaciones. Esta norma permite poder disfrutar de varios servicios o prestaciones simultáneas siempre que sean compatibles.

Con carácter general, sin atender a las excepciones que presenta la ley y pueden ser consultadas en su web, las compatibilidades serían las siguientes:

Prestación económica para cuidado en el entorno familiar
Prevención y promoción de autonomía personal, teleasistencia y Centro de día.

Servicio de Ayuda a Domicilio
Prevención y promoción de autonomía personal, Centro de día y Teleasistencia.

Residencia
Centro de día si la residencia no tiene actividades terapéuticas o rehabilitadoras.

Asistente personal
Prevención y promoción de autonomía personal, Centro de día y Teleasistencia.

PARA MÁS INFORMACIÓN **inclusio.gva.es/es/web/dependencia**

*Aquí puedes consultar impresos, cuantías, prestaciones, compatibilidades, etc.

INFORMACIÓN DE INTERÉS

- **Taller informativo:** lunes 12.00h.
- **Revisión de documentación:** puede solicitar cita en el siguiente correo citapreviasocial@raspeig.es señalando *"para revisión de documentación".*
- **Solicitar cita con TS dependencia**: citapreviasocial@raspeig.es señalando *"atención presencial"* o *"atención telefónica".*
- **Registro:** solicitud de cita previa en CIVIC en http://raspeig.es.

DOCUMENTACIÓN

- **Documentación del solicitante:**
  - **DNI y SIP.**
  - **Informe Médico de Prestaciones Sociales** (solicitar al médico de cabecera).
  - Copia de **otros informes médicos** que acrediten la dependencia (especialistas).
  - **Certificado de titularidad bancaria, cartilla bancaria o modelo bancario** cumplimentado y sellado por la entidad bancaria.
- **Documentación para cuidador no profesional:**
  - **SIP y DNI del cuidador** no profesional.

CONTACTO

96 567 50 65 - extensión 2285 / 2296

dependencia@raspeig.es

SISTEMA PÚBLICO VALENCIANO DE **SERVICIOS SOCIALES**

Ayuntamiento de **San Vicente del Raspeig**

ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

SAN VICENTE DEL RASPEIG

MEJORA TU AUTONOMÍA

CUANTIAS DE LA PRESTACION ECONOMICA

IMPORTES MÁXIMOS PRESTACIONES ECONÓMICAS					
	TIPO DE PRESTACIÓN		IMPORTES máximos GRADO I	GRADO II	GRADO III
Prestaciones económicas	Cuidados en el entorno familiar	persona cuidadora SIN contrato laboral	**180,00 €**	**315,90 €**	**455,40 €**
		persona cuidadora CON contrato laboral	**239,40 €**	**420,15 €**	**605,68 €**
	Asistencia Personal	personas con diversidad funcional	300,00 €	2.350,00 €	2.350,00 €
		personas mayores	300,00 €	1.825,00 €	1.825,00 €
Prestaciones Vinculadas a un Servicio	Servicio de Ayuda a Domicilio	ordinario (horas/mes: 20 grado I, 31 grado II, 56 grado III)	**300,00 €**	465,00 €	840,00 €
		extraordinario (horas/mes extraordinarias: 45 grado II, 70 grado III)*	- €	675,00 €	1.050,00 €
		complementario ordinario(horas/mes: 20 horas grado I, 22 grado II y III)	**300,00 €**	**330,00 €**	**330,00 €**
		complementario extraordinario(horas/mes: 31 grado II y 56 grado III)*	- €	**465,00 €**	**840,00 €**
	Servicio de Prevención y Promoción de la Autonomía Personal**		**313,50 €**	**445,30 €**	**747,25 €**
	Servicio de Centro de Día**		**445,30 €**	**445,30 €**	**747,25 €**
	Servicio de Atención Residencial***		**313,50 €**	**747,25 €**	**747,25 €**
Prestación vinculada de GARANTÍA	Atención residencial para personas mayores		- €	2.130,00 €	2.130,00 €
	Atención residencial para personas con diversidad funcional		2.550,00 €	2.550,00 €	2.550,00 €
	Atención residencial para personas con diversidad funcional con transtorno mental grave,patologia dual o alteracion conductual		2.800,00 €	2.800,00 €	2.800,00 €

*las horas extraordinarias se podrán conceder cuando sean prescritas expresamente en el Informe social técnico.
**el importe correspondiente a Grado III -Nivel 2 será 833,96 euros/mes y Grado II-Nivel 2 será 462,18 euros/mes.
***el importe correspondiente a Grado III -Nivel 2 será 833,96 euros/mes.
A los importes máximos indicados se restará los complementos de las siguientes prestaciones, que es su caso, perciba la persona en situación de dependencia:

_Gran Invalidez
_Pensión No Contributiva por Invalidez
_Asignación por hijo a cargo, mayor de edad, con grado discapacidad =ó>75%
_Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI (Ley 13/1982,de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos)

En el caso de las prestaciones vinculadas al servicio y la prestación de asistencia personal, el importe de la prestación nunca podrá superar coste del servicio justificado.

Si tras la deducción indicada resultase un importe inferior al mínimo establecido por la Administración Estatal,la **Generalitat Valenciana garantizará** los mínimos siguientes:

IMPORTES MÍNIMOS garantizados por la Generalitat Valenciana		
GRADO I	GRADO II	GRADO III
100,00 €	**150,00 €**	290,00 €

A MODO INFORMATIVO Y GENERAL.

HAY MÁXIMOS Y MÍNIMOS.

CADA CASO TIENES SU PROPIA RESOLUCIÓN.

Gracias