



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO COMPROMISO
---	---	--------------------------------

**COMPROMISO DE CUMPRIR COAS CONDICIÓN EN MATERIA DE SEGURIDADE SOCIAL
RELATIVAS Á PERSOA QUE PRESTARÁ OS SERVIZOS DE ASISTENCIA PERSOAL**

BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN

NOME E APELIDOS	DNI	Nº EXPEDIENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Don/Dona con DNI/NIE/PASAPORTE nº
actuando en calidade de persoa beneficiaria do servizo de asistencia persoal, ou do seu representante, e

Don/Dona con DNI/NIE/PASAPORTE nº
actuando en calidade de persoa que presta a asistencia persoal á persoa beneficiaria arriba indicada,

COMPROMÉTESE BAIXO A SÚA RESPONSABILIDADE

A cumprir coas condicións establecidas en materia de Seguridade Social relativas á persoa que prestará os servizos de asistencia a persoas en situación de dependencia.

E para que conste e surta efecto ante a Consellería de Traballo e Benestar da Comunidade de Galicia, asino a presente Declaración en:

, de de

Asdo.:

Asdo.:



PROCEDEMENTO RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO DECLARACIÓN
---	---	---------------------------------

Dona/Don , con DNI nº
e domicilio na r/ do concello de

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

Que autorizo expresamente á presentación electrónica da solicitude de recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema (BS210A), así como para a presentación da demais documentación necesaria derivada desta actuación en canto a subsanar ou acompañar os documentos preceptivos e demais documentación complementaria que se considere ao efecto, por parte do/a traballador/a social de referencia, D./Dna , con nº de Colexiado , en nome de D./Dona , como solicitante do recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema segundo o procedemento regulado polo Decreto 15/2010, do 4 de febreiro. Asemade, declaro baixo a miña responsabilidade que son certos os datos consignados nesta solicitude así como na documentación que a acompaña.

En calidade de:

Solicitante Representante Legal Gardador de feito

Sinatura

LUGAR E DATA

, de de



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	--------------------------------

NÚMERO DE EXPEDIENTE Para cubrir a Administración	A.X.E: SAAD	S.X.A.D.:
--	-------------	-----------

1. EFECTO PARA O CAL SE SOLICITA

(sinala cunha X o que proceda)

Valoración inicial Homologación Reactivación do PIA Revisión por melloría/agravamento

2. GRUPO DE IDADE Á QUE PERTENCE

Menor de tres anos (de 0 a 3) A partir de 3 anos

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

SOLICITANTE: persoa que vai ser valorada e recoñecida nunha situación de dependencia

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>			
			<input type="radio"/> Pasap/outro	<input type="text"/>			
DATA NACEMENTO	SEXO	NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL				
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Home <input type="radio"/> Muller	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Solteiro/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a				
			<input type="radio"/> Viúvo/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Outro				
<input type="radio"/> Vive en domicilio particular		<input type="radio"/> Reside nun centro residencial ou sociosanitario					
CALLE ONDE RESIDE HABITUALMENTE	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PORTA	LUGAR	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="radio"/> Seguridade Social	<input type="radio"/> MUFACE	<input type="radio"/> ISFAS	<input type="radio"/> Titular		Nº TARXETA SANITARIA		
<input type="radio"/> MUGEJU	<input type="radio"/> Outro tipo de asistencia		<input type="radio"/> Beneficiario/a		<input type="text"/>		

REPRESENTANTE (achegar documento que acredite a representación, ver explicacións)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>			
			<input type="radio"/> Pasap/outro	<input type="text"/>			
CALLE	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PORTA	LUGAR	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	OUTRO TELÉFONO DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TIPO DE REPRESENTACIÓN							
<input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL		<input type="radio"/> GARDADOR DE FEITO		<input type="radio"/> PAI/NAI/TITOR DO MENOR (menores de 18 anos)		<input type="radio"/> REPRESENTANTE	

TRABALLADOR/A SOCIAL (neste caso achegarse o anexo VII)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	<input type="radio"/> DNI	Nº			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NIE	<input type="text"/>			
			<input type="radio"/> Pasap/outro	<input type="text"/>			
CALLE ONDE RESIDE HABITUALMENTE	BLOQUE	ESC.	PORTAL	PISO	PORTA	LUGAR	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	Nº COLEXIADO		CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			

DOMICILIO PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (cobrir solo no caso de non coincidir co domicilio do solicitante ou do seu representante)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CALLE ONDE RESIDE HABITUALMENTE	BLOQUE	ESC.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PORTAL	PISO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PORTA	LUGAR
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	LOCALIDADE	
	<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. UNIDADE DE CONVIVENCIA

(Nesta epigrafe consignaranse os datos do cónxuxe, parella de feito, Ascendentes, fillos/as menores de 25 anos ou maiores de 25 anos con discapacidade que dependan economicamente do solicitante. Deberán achegar certificado de convivencia emitido polo Concello que deberá coincidir coas persoas recollidas nesta epigrafe)

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	DNI/NIE	Data de nacemento	Parentesco	Solicitaron recoñecemento de dependencia	CERTIFICADO DE DISCAPACIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON

5. DATOS SOBRE A SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

(So será necesario presentar os documentos que acrediten esta información no caso de ser emitidos fora da Comunidade Autónoma de Galicia)

Ten recoñecido o grao de discapacidade?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	%	<input type="text"/>
Se a resposta é afirmativa onde se efectuou o recoñecemento:	<input type="text"/>	ANO	<input type="text"/>
Ten recoñecido a necesidade de asistencia de terceira persoa (ATP)?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	PUNTUACIÓN	<input type="text"/>
Se a resposta é afirmativa onde se efectuou o recoñecemento:	<input type="text"/>	ANO	<input type="text"/>
Ten recoñecida unha incapacidade de grande invalidez?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON		
Se a resposta é afirmativa onde se efectuou:	<input type="text"/>	ANO	<input type="text"/>
Ten recoñecida a situación de dependencia?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	PUNTUACIÓN BVD	<input type="text"/>
		GRAO	<input type="text"/>
		NIVEL	<input type="text"/>
Se a resposta é afirmativa onde se efectuou:	<input type="text"/>	ANO	<input type="text"/>
Autorizo á consellería competente en materia de servizos sociais a obter de oficio os documentos que acreditan esta situación que obren no seu poder. (Cando sexan emitidos pola Comunidade Autónoma de Galicia)		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON	

6. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

(Para cubrir por todos/as , é necesario presentar certificado de empadramento que acredite que leva residindo máis de 5 anos en territorio español, dous dos cales deben de ser inmediatamente anteriores á data de solicitude, e que certifique que reside na Comunidade Autónoma galega)

Reside na actualidade na Comunidade Autónoma de Galicia?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Residiu sempre en territorio español?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
De non residir sempre en territorio español,	
Residiu legalmente en España durante cinco anos?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Destes cinco anos, foron dous inmediatamente anteriores a esta solicitude?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique:	
PERÍODOS (MES E ANO)	COMUNIDADE AUTÓNOMA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA	CONCELLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
É vostede emigrante español/a retornado/a?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique a data do retorno definitivo: Día/Mes/Ano	<input type="text"/>

7. DATOS SOBRE PRESTACIONES

(Obrigado cumprimento)

Percibe pensión de grande invalidez?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Percibe pensión non contributiva de invalidez con complemento por necesidade de terceira persoa?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Percibe subsidio por axuda de terceira persoa da LISMI?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Percibe asignación económica por fillo a cargo con complemento por necesidade de terceira persoa?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
En caso afirmativo, indique o nome e apelidos do:		
BENEFICIARIO	CAUSANTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Percibe pensión do extranxeiro?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
En caso afirmativo, indique:		
TIPO DE PRESTACIÓN	CONTÍA ANUAL DO ANO EN CURSO (ACHEGUE CERTIFICADO BANCARIO)	Nº PAGAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. SERVIZOS E PROGRAMAS

(Para cubrir por todos/as beneficiarios/as)

É usuario do programa de acollemento familiar?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa, quere permanecer no dito programa?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Acude a un centro de día?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENDEREZO DO CENTRO	LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Está sendo vostede atendido en un centro residencial?	<input type="radio"/> Temporal	<input type="radio"/> Permanente
	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENDEREZO DO CENTRO	LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
É beneficiario do servizo de axuda no fogar?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON
Se a resposta é afirmativa indique os seguintes datos:		
DENOMINACIÓN DO CENTRO	NOME DO ORGANISMO OU ENTIDADE	LOCALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
É usuario do programa de cheque asistencial?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON

9. EXPECTATIVA SOBRE O SERVIZO OU PRESTACIÓN QUE PODERÍA PERCIBIR

(Indique ordeándoas de maior a menor)

SERVIZOS	Orde de preferencia numérica
Teleasistencia	<input type="text"/>
Axuda no fogar	<input type="text"/>
Servizo de atención diúrna	<input type="text"/>
Servizo de atención de noite	<input type="text"/>
Servizo de atención residencial (Sinale 3 centros preferenciais)	
1) <input type="text"/>	
2) <input type="text"/>	
3) <input type="text"/>	
Servizo de promoción da autonomía persoal	<input type="text"/>
LIBRANZAS	
Libranza vinculada a o servizo de:	<input type="text"/>
Libranza para cuidados no contorno familiar	<input type="text"/>
Libranza de asistencia persoal	<input type="text"/>

10. Se as súas expectativas van encamiñadas cara a unha prestación económica, indique segundo o caso

LIBRANZA VINCULADA		
PROVINCIA <input type="text"/>	CONCELLO <input type="text"/>	ENTIDADE QUE PRESTA O SERVICIO <input type="text"/>
LIBRANZA DE COIDADOS NO CONTORNO FAMILIAR		
NOME E APELIDOS (persoa coidadora non profesional) <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	DNI/NIE <input type="text"/>
LIBRANZA DE ASISTENCIA PERSOAL		
NOME E APELIDOS (profesional ou entidade que presta o servizo) <input type="text"/>	DNI/NIE/CIF <input type="text"/>	

Nota aclaratoria: esta información é meramente informativa, de interese para a Administración, nunca vinculante. E debe terse en conta que os servizos serán prioritarios respecto ás prestacións económicas, que terán carácter excepcional, así como as compatibilidades recollidas na lexislación que desenvolve o decreto.

11. Indique segundo o caso

O/a traballador/a social de referencia é o do seu:

Concello Centro de saúde Outros (hospital, atención especializada, etc.), especifique

12. DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude.
- Que autorizo que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos, necesarias para acreditar os datos declarados cos que consten en poder das distintas administracións públicas competentes.
- Que quedo informado/a da obriga de comunicar á consellería competente en materia de servizos sociais calquera variación que se poida producir no sucesivo.
- Que autorizo expresamente que se solicite e subministre directamente a través de medios informáticos ou telemáticos á consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais a información de carácter tributario a que se fai referencia no decreto regulador deste procedemento.
- Autorizo á consellería da Administración autonómica competente na materia de servizos sociais, de conformidade cos artigos 2 e 3 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, do 7 de xullo de 2009 que o desenvolve, para a consulta dos meus datos de identidade e residencia nos sistemas de verificación de datos de identidade e residencia do Ministerio da Presidencia.

SI NON

- Autorizo á Consellería á consulta dos datos de catastro que obran en poder da Dirección Xeral do Catastro, de conformidade co artigo 6.2.b) da Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos.

SI NON

- No suposto en que esta solicitude se presente por medio de representante ou a través do/a traballador/a social, a certificación da veracidade dos datos consignados nesta, as autorizacións para o acceso a datos por medios propios por parte da Administración, así como as obrigas ás que se somete implican directamente á persoa interesada en nome da que se presenta esta solicitude ou ao seu representante legal, que actúan por medio destes para a presentación desta documentación.

En calidade de: SOLICITANTE REPRESENTANTE LEGAL GARDADOR DE FEITO TRABALLADOR SOCIAL

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

- Informámolo de que os datos persoais contidos nesta solicitude se integrarán nos arquivos automatizados que sobre o Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia están constituídos na Administración, sen que poidan ser empregados para finalidades distintas ou alleas ao sistema, todo isto de conformidade cos principios de protección de datos de carácter persoal establecidos na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.

- A falsidade dos datos proporcionados, así como a obtención ou uso fraudulento de prestacións poden ser constitutivos de sanción (título III da Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia).

13. DOCUMENTACIÓN PARA ADXUNTAR Á SOLICITUDE

<input type="checkbox"/> Outros documentos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Documentos recollidos no artigo 21º do Decreto	<input type="checkbox"/>

INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR A SOLICITUDE

- 1. Para que se inicie unha revisión por empeoramento ou melloría deberase aportar (punto 1):**
A solicitude, marcando este recadro, informe de condicións de saúde no modelo oficial, emitido polo facultativo do seu réxime de asistencia sanitaria, en que se acredite que se produciu un empeoramento ou melloría respecto da valoración inicialmente realizada, tendo en conta que a situación debe ter carácter permanente.
Importante: para que se tramite o procedemento de revisión por instancia de parte, debeu emitirse resolución de recoñecemento de grao e nivel.
- 2. Datos de identificación da persoa en situación de dependencia (punto 3):**
Reflectir o domicilio habitual da persoa solicitante, tendo en conta que é o domicilio que se tomará como referencia para levar a cabo a valoración.
Se ten dobre nacionalidade, indique as dúas na epígrafe correspondente.
- 3. Datos do representante (punto 3):**
Este punto só se cubrirá cando a solicitude a asine persoa distinta ao solicitante e que teña a condición de representante legal ou gardador de feito; neste último caso, a cumprimentación dos datos do gardador de feito na solicitude no apartado 3 (representante) xunto coa sinatura da mesma deberá servir como declaración ante a Administración desta circunstancia. No caso de menores de 18 anos, o representante será o pai, nai ou titor deste menor.
- 4. Domicilio para efectos de notificación (punto 3):**
Cubrir unicamente cando se queira recibir as notificacións nun domicilio distinto ao da residencia habitual do/a solicitante, ou dirixidas a unha persoa distinta ao/a solicitante, que en todo caso deberá ser o/a representante ou gardador/a.
- 5. Datos de residencia en España (punto 6):**
Todos os solicitantes deben indicar os períodos e lugares de residencia en territorio nacional, consignando o mes e ano de inicio e o mes e ano de finalización de residencia en cada localidade, que comprendan o período exixido de cinco anos. Se o/a solicitante é menor de cinco anos, os datos de residencia referiranse aos cumpridos por aquela persoa que exerza a garda e custodia do menor.
- 6. Documentación que se achega (punto 13) I:**
Deberá marcar cunha X o recadro correspondente ao documento que se xunta a esta solicitude. O certificado de empadramento debe ser histórico, de tal forma que se acredite o empadramento actual nun municipio da Comunidade Autónoma de Galicia, a residencia en territorio español durante 5 anos e 2 inmediatamente anteriores á data desta solicitude. A validez dun certificado de empadramento é de tres meses.
Como documentación complementaria poderase presentar: certificado de minusvalidez, recoñecemento de grande invalidez, informes médicos de especialistas, etc.
En caso de non pertencer ao réxime da Seguridade Social, deberase achegar copia da tarxeta sanitaria correspondente.
- 7. Documentación que se achega (punto 13) II:**
Documentos recollidos no artigo 21 do decreto 15/2010, do 4 de febreiro:
 - Datos de identificación e convivencia:
 - DNI/NIE do solicitante ou calquera outro documento acreditativo da súa identidade, de conformidade coa normativa vixente, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
 - Copia compulsada do libro de familia, que inclúa a folia na que apareza o nome do/a beneficiario/a, no caso de non posuír DNI, cando a persoa solicitante sexa un menor de idade.
 - Acreditación da representación que se ostenta da persoa solicitante, no seu caso, e copia compulsada do DNI/NIE do representante, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
 - DNI/NIE ou doutro documento acreditativo da súa identidade, do cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, que dependan economicamente do solicitante, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
 - Cando existan menores de idade que dependan economicamente da persoa solicitante, copia compulsada do libro de familia no caso de que estes non posúan DNI.
 - Certificado de convivencia da persoa solicitante segundo Padrón Municipal.
 - Requisitos de empadramento e residencia:
 - Certificado de empadramento emitido polo concello correspondente que acredite a residencia nun municipio da Comunidade Autónoma no momento de presentar a solicitude, excepto nos supostos de persoas que estean sendo atendidas dentro do sistema público de servizos sociais (residencias, centro de día, axuda no fogar) da Comunidade Autónoma de Galicia, no suposto en que non se autorice á Administración para o acceso por medios propios.
 - Certificado/s de empadramento emitido polos concellos correspondentes que acrediten a residencia da persoa solicitante en España durante cinco anos, dos cales dous deberán ser inmediatamente anteriores á data da presentación da solicitude.
 - Certificado de empadramento que acredite a residencia de quen ostente a súa representación, para o caso de menores de cinco anos.
 - Certificado emitido polo Ministerio do Interior que acredite o cumprimento dos mesmos períodos, no suposto de residentes que carezan da nacionalidade española.
 - Certificado de emigrante retornado expedido na Delegación do Goberno correspondente ou mediante a correspondente baixa Consular, no caso de ser emigrante retornado e non cumprir o requisito do período de residencia.
 - Informe de condicións de saúde (estarán exentas da presentación do informe sobre as condicións de saúde as persoas solicitantes de homologación que tiveran recoñecida a necesidade de axuda de terceira persoa, cunha puntuación de 45 puntos ou máis, segundo o RD 1971/1999, do 23 de decembro, de procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade).
 - Informe Social.
 - Certificado de discapacidade coa puntuación de axuda de terceira persoa (ATP) cando fora emitido por outra Comunidade Autónoma, se é o caso.
 - Resolución de Grao e nivel, se é o caso, cando sexa emitido por outra Comunidade Autónoma.
 - Expectativa do servizo/prestación (punto 9):
 - Manifestación da persoa solicitante ou do seu representante, conforme ao punto nº 9 e 10 do Anexo da solicitude, da súa preferencia dentro do catálogo de servizos e prestacións económicas do sistema para a autonomía e atención á dependencia.
 - No caso de solicitude de prestación económica para cuidados no contorno familiar, certificado de empadramento do coidador, declaración xurada do grao de parentesco que os une ou tipo de relación se non é a filial, conforme ao punto nº 10 do modelo Anexo da solicitude, e DNI/NIE ou outro documento acreditativo da súa identidade.
 - Datos económicos:
 - Declaración do Imposto da Renda das Persoas Físicas, certificado de toda clase de pensións percibidas pola persoa solicitante ou declaración xurada de non percibidas, no suposto en que non se autorice á administración para o acceso por medios propios conforme ao modelo Anexo da solicitude.
 - Declaración responsable acerca do patrimonio da persoa solicitante na que se detalle o conxunto das súas titularidades de bens e dereitos de contido económico, de xeito que quede completamente acreditada a súa situación patrimonial, conforme Anexo IX do decreto 15/2010, do 4 de febreiro.
 - Declaración do Imposto da Renda das Persoas Físicas, certificado de toda clase de pensións percibidas polo cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos/as menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, economicamente a cargo da persoa solicitante, ou declaración xurada de non percibidas, no suposto en que non se autorice á administración para o acceso por medios propios conforme ao modelo Anexo da solicitude.
 - Declaración responsable acerca do patrimonio, conforme ao modelo Anexo IX do decreto 15/2010, do 4 de febreiro, do cónxuxe ou parella de feito, ascendentes ou fillos/as menores de 25 anos ou maiores en situación de discapacidade, economicamente a cargo da persoa solicitante.
 - Outros documentos.

Presentación de solicitudes

A solicitude, debidamente cuberta e acompañada da documentación requirida, poderá presentarse nas oficinas de rexistro dos servizos sociais comunitarios do domicilio do solicitante, nos rexistros das Xefaturas territoriais da Consellería de Traballo e Benestar. Así mesmo, caberá presentala no rexistro xeral da Xunta de Galicia ou en calquera oficina de rexistro da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia, así como por calquera dos restantes medios establecidos no artigo 38.4º da Lei 30/1992, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, así como por medios electrónicos a través do rexistro electrónico da Xunta de Galicia segundo o disposto no decreto 198/2010, do 2 de decembro, polo que se regula o desenvolvemento da Administración electrónica na Xunta de Galicia e nas entidades dela dependentes.

LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

Orde do 2 de xaneiro de 2012, de desenvolvemento do Decreto 15/2010, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.

SINATURA DO / DA COMUNICANTE

, de de



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO INFORME DE SAÚDE
---	---	--------------------------------------

INFORME DE CONDICIÓN DE SAÚDE

(Para o recoñecemento da situación de dependencia e acceso aos servizos e prestacións establecidos na Lei 39/2006, do 14 de decembro).

1. Solicitante (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DE NACEMENTO	IDADE	MOTIVO DO INFORME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Solicitud inicial de recoñecemento da situación de dependencia <input type="radio"/> Revisión do recoñecemento	

2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique (caso afirmativo, obrigado cumprimento)

PESO NO MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

Menos de 1.100 g.
 Entre 1.100 e 1.500 g.
 > 1.500 e < 2.200 g.
 Máis de 2.200 g.

3. Indique os diagnósticos* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, prolongado, crónico ou de longa duración.

	Diagnósticos (obrigado cumprimento)	Data diagnóstico (obrigado cumprimento)	Codificación		Fase evolutiva
			Clasificación	Código	
Demencias e enfermidades neurodaxenerativas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patoloxía traumática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves do comportamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica

*Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado.

4. Indique os tratamentos actuais, medidas de soporte funcional, axudas técnicas, ortoses e próteses prescritos* (obrigado cumprimento)

Farmacolóxicos	<input type="text"/>	Hixiénico/dietético	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Psicoterapéutico	<input type="text"/>	Indicacións médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou produtos de apoio	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Rehabilitador	<input type="radio"/> Recibe <input type="radio"/> Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras <input type="radio"/> Non recibe <input type="radio"/> Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras		
Outros	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

5. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas (obrigado cumprimento).

<input type="checkbox"/> Osixenoterapia	<input type="checkbox"/> Soroterapia	<input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG	<input type="checkbox"/> Nutrición parental
<input type="checkbox"/> S. vesical	<input type="checkbox"/> Ostomías	<input type="checkbox"/> Absorbentes	<input type="checkbox"/> Próteses/ortoses
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Suxeición mecánica	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="text"/>		

6. Indique se existe necesidade de apoio para as actividades de autocoidado (obrigado cumprimento).

Leve Moderada Grave

7. Indique se entre as patoloxías descritas, algunha delas cursa en brotes (obrigado cumprimento).

PATOLOXÍA	FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO	ÚLTIMO BROTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Indique se a persoa se pode trasladar fora do domicilio

SI NON

9. Identificación do profesional que emite o informe (obrigado cumprimento).

NOME E APELIDOS	DATA DO INFORME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SAUDE	Nº COLEXIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sinatura	Selo
----------	------



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO INFORME SOCIAL
---	---	------------------------------------

INFORME SOCIAL UNIFICADO
(maiores, discapacidade e dependencia)

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL QUE EMITE O INFORME

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	Nº DE COLEXIADO/A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENTIDADE/ORGANISMO			
<input type="text"/>			

MOTIVO DO INFORME

VALORACIÓN E ACCESO A SERVIZOS/PRESTACIÓNS POR DEPENDENCIA

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

ACCESO A SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

ACCESO A SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS

COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL (especificar)

REQUIRIMENTO INSTITUCIONAL (especificar)

URXENCIA SOCIAL/EMERXENCIA

COMUNICACIÓN DE PRESUNTA INCAPACIDADE

OUTROS (especificar)

OUTROS TRÁMITES INICIADOS

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA PERSOA INTERESADA

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/NIE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO	DATA DE NACEMENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SEXO	ESTADO CIVIL	HISTORIA SOCIAL			
<input type="radio"/> HOME <input type="radio"/> MULLER	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SIUSS <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> IANUS <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="text"/>		

I.1. SITUACION LEGAL

INCAPACITACIÓN LEGAL	GARDADOR/A DE FEITO	TIPO DE REPRESENTACIÓN			
<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="radio"/> GARDADOR/A DE FEITO			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/NIE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

I.2. OUTROS DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CON DISCAPACIDADE	ATP	MOBILIDADE REDUCIDA	RECOÑECEMENTO DE DEPENDENCIA
<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI PORCENTAXE: <input type="text"/>	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> EN TRÁMITE <input type="radio"/> SI GRAO: <input type="text"/>
COBERTURA SANITARIA	ENTIDADE:	<input type="text"/>	
<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI	<input type="text"/>		

I.3. FORMACION E SITUACION LABORAL

PERSOA INTERESADA EN IDADE LABORAL
<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> SI
OCUPACIÓN
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
FORMACIÓN ACADÉMICA
<input type="text"/>
FORMACIÓN OCUPACIONAL
<input type="text"/>
PROFESIÓN
<input type="text"/>
EXPERIENCIA LABORAL
<input type="text"/>
OUTROS DATOS DE INTERESE
<input type="text"/>

II. SITUACION DE EMERXENCIA SOCIAL

¿É UNHA SITUACIÓN DE EMERXENCIA SOCIAL?

NON SI

ESPECIFICAR EMERXENCIA SOCIAL

COMUNICACIÓN A FISCALÍA/XULGADO

NON SI

OUTRA INFORMACIÓN XUSTIFICATIVA DA NECESIDADE E URXENCIA

PROPOSTA

III. NECESIDADES E INTERESES

NECESIDADE DE APOIOS EN ABVD

NON SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DE AXUDAS TÉCNICAS

NON SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DE ADAPTACIÓN DO FOGAR

NON SI (ESPECIFICAR)

NECESIDADE DOUTROS APOIOS PARA A CALIDADE DE VIDA

NON SI (ESPECIFICAR)

PREFERENCIAS DA PERSOA

CONTINUAR NO SEU DOMICILIO ACTUAL CO/OS SERVIZOS/PRESTACIÓNS DE:

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

PREFERENCIAS DA PERSOA (continuación)

CAMBIO DE UNIDADE DE CONVIVENCIA (OUTRO DOMICILIO FAMILIAR):

TIPO DE VÍA

NOME DA VÍA

NÚMERO

BLOQUE

ANDAR

PORTA

CP

PROVINCIA

CONCELLO

LOCALIDADE

CO/OS SERVIZOS/ PRESTACIÓNS DE

SERVIZOS

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

SERVIZOS SOCIAIS COMUNITARIOS

PERMANECER NO CENTRO RESIDENCIAL

CAMBIAR O CENTRO RESIDENCIAL (ESPECIFICAR O TIPO DE RECURSO)

VALORACIÓN PROFESIONAL

VALORACIÓN PROFESIONAL: A PARTIR DE NECESIDADES, CAPACIDADES E EXPECTATIVAS DA PERSOA (SE É O CASO, INCLUÍNDO OUTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE)

IV. SITUACION DE CONVIVENCIA

EN CENTRO/UNIDAD RESIDENCIAL

EN PENSIÓN OU SIMILAR

EN DOMICILIO PARTICULAR

VIVE SÓ/A

ROTA

TIPOLOXÍA

OUTROS DATOS DE INTERESE

IV.1 UNIDADE DE CONVIVENCIA

DOMICILIO/S PARTICULAR/ES

NON SI

PERSOA 1

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 2

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 3

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 4

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

IV.1 UNIDADE DE CONVIVENCIA (continuación)

PERSOA 5

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

PERSOA 6

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN

OCUPACIÓN

DISCAP % DEPEND G° OBSERVACIÓNS

IV.2 RELACIÓNS DE CONVIVENCIA

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES QUE CONDICIONAN A CONVIVENCIA

NON SI (ESPECIFICAR)

RELACIÓNS FAMILIARES (se excluen malos tratos ou abandonos, xa incluídos no punto II) (ver escala de funcionamento familiar)

VÍNCULOS AFECTIVOS

POSITIVOS NEGATIVOS CONTRADICTORIOS ILLAMENTO AFECTIVO

IMPLICACIÓN E RESPONSABILIDADES

INAPRECIABLES COMPARTIDAS FOCALIZADAS NUN MEMBRO

RELACIÓNS

NORMALIZADAS/BOAS/ACEPTABLES ESCASAS/INSUFICIENTES CONFLITIVAS/MALAS

IV.3 FAMILIARES COS QUE NON CONVIVE (e son significativos para a persoa)

NON SI

PERSOA 1

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)					
<input type="text"/>					

PERSOA 2

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)					
<input type="text"/>					

PERSOA 3

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIÓNS (frecuencia de relación, apoios, ...)					
<input type="text"/>					

IV.4 OUTRAS PERSOAS SIGNIFICATIVAS (rede de apoio social)

NON SI

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIÓNS					
<input type="text"/>					

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIÓNS					
<input type="text"/>					

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIÓNS					
<input type="text"/>					

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	CONCELLO		LOCALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	ENDEREZO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OBSERVACIÓNS					
<input type="text"/>					

V. PRESTACIÓN DE APOIOS FAMILIARES/NON PROFESIONAIS

NON SI

FAMILIARES COS QUE CONVIVE

DIARIOS SEMANAIS ESPORÁDICOS NON RECIBE

FAMILIARES COS QUE NON CONVIVE

DIARIOS SEMANAIS ESPORÁDICOS NON RECIBE

APOIOS VECIÑAIS

DIARIOS SEMANAIS ESPORÁDICOS NON RECIBE

CARACTERIZACIÓN XERAL DE APOIOS

INEXISTENTES INSUFICIENTES AXEITADOS

DESEMPEÑO DO ROL DE COIDADOR/A FAMILIAR

Nº DE COIDADORES/AS

NON SI

V. 1. COIDADOR/A PRINCIPAL (persoa que presta todos ou gran parte dos apoios)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO ADICADO

APOIOS QUE PRESTA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIÓNS

V. 2. OUTROS COIDADORES/AS (persoa/s que comparten os cuidados ou proporcionan apoios parciais)

PERSOA 1

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO DEDICADO

APOIOS QUE PRESTA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIÓNS

PERSOA 2

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO DATA DE NACEMENTO

PARENTESCO OUTRO TIPO DE RELACIÓN TEMPO DEDICADO

APOIOS QUE PRESTA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIÓNS

V.2. OUTROS COIDADORES/AS (continuación)**PERSOA 3**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DE NACEMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARENTESCO	OUTRO TIPO DE RELACIÓN	TEMPO DEDICADO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
APOIOS QUE PRESTA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBSERVACIÓNS			
<input type="text"/>			

V.3. PERFIL DE COIDADOS FAMILIARES (incluir todo o sistema de apoios familiares)

- FAMILIAR MEMBRO DA UNIDADE DE CONVIVENCIA FAMILIAR QUE NON CONVIVE
 COIDADOR NON FAMILIAR SEN REMUNERACIÓN COIDADOR NON FAMILIAR REMUNERADO

Valoración de características (ver anexo X)

FRAXILIDADE

- ALTA MEDIA BAIXA

CONSISTENCIA

- ALTA MEDIA BAIXA

RISCO DE CLAUDICACIÓN

- ALTA MEDIA BAIXA

VALORACIÓN DOS COIDADOS FAMILIARES

- AXEITADOS AXEITADOS, PERO INSUFICIENTES INADECUADOS

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE, SÍNTESE DE CAPACIDADES E LIMITACIÓNS FAMILIARES NA PRESTACIÓN DE APOIOS, SOBRECARGA FAMILIAR, CARENCIAS E POSIBILIDADES DE COMPENSACIÓN

VI. VIVENDA

TIPO DE VIVENDA

RÉXIMEN DE POSESIÓN

PERSOAS	HABITACIÓNS	CUSTO ANUAL	SUPERFICIE (m ²)	M ² POR PERSOA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EQUIPAMENTOS

- AUGA CORRENTE W.C. DUCHA ELECTRICIDADE GAS
 AUGA QUENTE TELÉFONO FRIGORÍFICO CALEFACCIÓN (TOTAL) LAVADORA AUTOMÁTICA

HABITABILIDADE

- BARREIRAS ARQUIT. ACCESO BARREIRAS ARQUIT. VIVENDA FALTA ILUMINACIÓN NATURAL FALTA VENTILACIÓN
 DETERIORADA (goteiras, humidade, ...) AMEAZA RUINA ACEPTABLE

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (alarma de intrusos, detección de incendios, gas, auga, ...)

- NON SI (Especificar os elementos de protección existentes e outros apoios técnicos)

VI. VIVENDA (continuación)

ENTORNO DA VIVENDA

URBANO SEMIURBANO URBANO, ZONA MARXINAL RURAL RURAL AISLADO

ACCESIBILIDADE A SERVIZOS E RECURSOS

BOA REGULAR MALA

TRANSPORTE PÚBLICO

CADA HORA 4-8 VECES O DÍA 1-2 VEZ O DÍA A DEMANDA NON HAI NON É ACCESIBLE

TRANSPORTE ADAPTADO

NON SI

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA SOBRE A VIVENDA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE E VALORACIÓN DE IDONEIDADE TENDO EN CONTA AS CARACTERÍSTICAS, AS PERCEPCIÓNS DA PERSOA E A FAMILIA E O ACCESO A RECURSOS E SERVIZOS. NECESIDADE DE REALIZAR ADAPTACIÓNS NO FOGAR.

VII. SERVIZOS/PRESTACIÓNS SOCIAIS QUE UTILIZA A PERSOA

0. A PERSOA NON RECIBE NINGÚN SERVIZO OU PRESTACIÓN DE SERVIZOS SOCIAIS.

1. A PERSOA UTILIZA SERVIZOS SOCIAIS DE PROXIMIDADE. NON SI

1.1. TELEASISTENCIA

TIPO	ACCESO	ENTIDADE/ORGANISMO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2. AXUDA NO FOGAR

TIPO	INTENSIDADE	ACCESO	DATA DE INICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDADE/ORGANISMO

1.3. RECIBE COMIDA NA CASA

ACCESO

NON SI

1.4. USA TRANSPORTE ADAPTADO

NON SI

1.5. CENTRO DE DÍA/TALLER

TIPO	INTENSIDADE	ACCESO	DATA DE INICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDADE/ORGANISMO

1.6. VIVENDA TUTELADA

TIPO DE PLAZA	ACCESO	DATA DE INGRESO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTIDADE/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DO SERVIZO

NON SI

RECIBE OUTROS SERVIZOS DE APOIO

NON SI (ESPECIFICAR)

2. A PERSOA UTILIZA SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS. NON SI

2.1. CENTRO RESIDENCIAL

TIPO DE PRAZA

ACCESO

DATA DE INGRESO

ENTIDADE/ORGANISMO

2.2. OUTROS SERVIZOS SOCIAIS ESPECIALIZADOS

NON SI (ESPECIFICAR)

ACCESO

ENTIDADE/ORGANISMO

RECIBE LIBRANZA PARA ADQUISICIÓN DO SERVIZO

NON SI

RECIBE OUTROS SERVIZOS DE APOIO

NON SI (ESPECIFICAR)

3. A PERSOA RECIBE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA COIDADOS NO ENTORNO. NON SI

3.1. A PERSOA ESTÁ ATENDIDA NO SEU DOMICILIO POLA COIDADOR/A.

NON SI

RECIBE/RECIBEU FORMACIÓN ESPECÍFICA

DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

3.2. A PERSOA ESTÁ ATENDIDA POLO ASISTENTE PERSOAL

NON SI

DISFRUTA DE PERIODOS DE DESCANSO

OUTROS APOIOS NO ENTORNO

NON SI (ESPECIFICAR)

4. A PERSOA RECIBE OUTROS SERVIZOS E/OU PRESTACIÓNS SOCIAIS. NON SI (ESPECIFICAR)

VALORACIÓN PROFESIONAL

INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA NON RECOLLIDA ANTERIORMENTE E VALORACIÓN DE IDONEIDADE DAS PRESTACIÓNS OU SERVIZOS SOCIAIS E DO SEU IMPACTO NA UNIDADE DE CONVIVENCIA.

VIII. OUTROS SERVIZOS/PRESTACIÓNS QUE UTILIZA A PERSOA (educación, sanidade, emprego)

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

VIII. OUTROS SERVIZOS/PRESTACIÓNS QUE UTILIZA A PERSOA (continuación)

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

SERVIZO/CENTRO/PRESTACIÓN

TITULARIDADE

LOCALIDADE

CONTIDO

OBSERVACIÓNS

IX. SITUACIÓN ECONÓMICA

INGRESOS DA PERSOA SOLICITANTE/INGRESOS DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

INGRESOS NETOS (PENSIÓNS, PRESTACIÓNS, RETRIBUCIÓNS....)

CONCEPTO

CONTÍA MENSUAL

NÚMERO DE PAGAS

RENDEMENTOS DO CAPITAL MOBILIARIO

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

OUTROS RENDIMIENTOS (DO CAPITAL INMOBILIARIO, ACTIVIDADES ECONÓMICAS)

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

GANANCIAS E PÉRDIDAS PATRIMONIAIS (VENTAS, REEMBOLSOS..)

CONCEPTO

CONTÍA ANUAL

GASTOS FIXOS DO SOLICITANTE/DA UNIDADE DE CONVIVENCIA

ALUGAMENTOS (CONTÍA MENSUAL)

HIPOTECAS (CONTÍA MENSUAL)

SERVIZOS DE ATENCIÓN (CONTÍA MENSUAL)

OUTRA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA

X. VALORACION PROFESIONAL E PROPOSTA

1. DIAGNÓSTICO SOCIAL (Síntese da información significativa e valoración profesional)

2. PROGÓSTICO (Síntese de consecuencias, se non se interveñen na situación persoal/familiar)

3. PROPOSTA DA INTERVENCIÓN

1. ACCESO A SERVIZOS/PRESTACIÓNS.
2. ARTICULACIÓN DE APOIOS INSTITUCIONAIS E SOCIAIS.

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A SOCIAL

Lugar e data

, de de

ANEXO X

Fraxilidade:

1. Persoa cuidadora pre-dependente/dependencia acusada
2. Ten dificultade de comprensión da enfermidade/dependencia
3. Ten escaso coñecemento dos cuidados a prestar
4. Concorrenza de discapacidade/dependencia con necesidade de apoios de outros/as membros da unidade de convivencia
5. Signos de esgotamento físico ou emocional
6. Dificultades de conexión social e illamento
7. Ausencia de compromiso estable

Consistencia:

1. É maior de idade en bo estado xeral de saúde
2. Disponibilidade de tempo
3. Ter seguridade económica
4. Ter coñecemento suficiente para prestar cuidados
5. Dispón de apoios familiares e/ou profesionais
6. Ten períodos de descanso

Risco de claudicación:

1. Por impacto dos cuidados (na saúde, na vida persoal)
2. Por dificultades de relación (coa persoa, coa familia e amigos)
3. Por problemas de competencia (sobre a complexidade de apoios que desborda a súa capacidade)



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO AUTORIZACIÓN
---	---	----------------------------------

AUTORIZACIÓN

Só asinar de cubrirse o punto 4 da solicitude (deberán asinar todos os consignados no punto 4), e/ou o punto 10 (polo cuidador non profesional no suposto de que non pertenza á unidade de convivencia)

Autorizo expresamente que se solicite e suministre, a través de medios informáticos, ou telemáticos á consellería da Administración autonómica con competencia en materia de dependencia a información de carácter tributario necesaria, e o acceso aos datos do DNI por medios dixitais.

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	DNI/CIF <input type="text"/>
------------------------------	--	---	---------------------------------

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	DNI/CIF <input type="text"/>
------------------------------	--	---	---------------------------------

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	DNI/CIF <input type="text"/>
------------------------------	--	---	---------------------------------

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	DNI/CIF <input type="text"/>
------------------------------	--	---	---------------------------------

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	DNI/CIF <input type="text"/>
------------------------------	--	---	---------------------------------

Relación de parentesco Cónxuxe/Parella Fillo/a Ascendente

SINATURA

DATOS DO/A COIDADOR/A

(Só cubrir no caso de que o/a cuidador/a non sexa membro da unidade de convivencia, caso no que cumprimentará e firmara no cadro anterior)

NOME <input type="text"/>	PRIMEIRO APELIDO <input type="text"/>	SEGUNDO APELIDO <input type="text"/>	DNI/CIF <input type="text"/>
------------------------------	--	---	---------------------------------

SINATURA