

SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIALES PARA MAYORES O PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD)
SERVICIOS SOCIALES

Modelo: Q102-S1

DATOS DEL INTERESADO/ A

DATOS DE LA PERSONA FÍSICA

Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIF/NIE:	Teléfono fijo:	Móvil:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA (Sujetos obligados Art. 14.2)

Si usted está entre los obligados a relacionarse con la Administración de forma electrónica **Art. 14.2** de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la presentación de solicitudes, instancias, documentos y comunicaciones a la Administración se deberá realizar a través del **REGISTRO ELECTRÓNICO**.

Nombre o razón social:	NIF:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono fijo:	Móvil:	Fax:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE EL/LA REPRESENTANTE

En caso de presentación por el representante debe aportar documentación acreditativa de la representación. Si actúa en nombre de un obligado a relacionarse **Art. 14.2** de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, debe atenerse a lo dispuesto en el punto anterior.

Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIF /NIE:	Teléfono:	Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax:	En calidad de:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

LUGAR A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN. Sujetos obligados Art. 14.2.

Las **notificaciones por medios electrónicos** se practicarán **obligatoriamente y exclusivamente**, mediante comparecencia en la **SEDE ELECTRÓNICA**.

Indique la dirección de **e-mail** en la que desee recibir un **AVISO** siempre que se proceda a la puesta a disposición de una nueva notificación electrónica. La falta de este aviso no impedirá que la notificación sea considerada plenamente válida. Por este motivo se le aconseja revisar periódicamente el apartado de notificaciones por comparecencia.

E-mail:

LUGAR A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN. Solo para **PERSONAS FÍSICAS** (No obligadas a notificación electrónica)

Todas las notificaciones que se practiquen en papel se pondrán a su disposición en la **SEDE ELECTRÓNICA**, apartado notificaciones por comparecencia electrónica, para que pueda acceder al contenido de las mismas de forma voluntaria. El **correo electrónico** que nos indique será empleado como medio de **aviso** de la puesta a disposición de tales notificaciones electrónicas.

Nombre de la vía (calle, plaza, avenida)	Portal:	Planta:	Número:	Puerta:	Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País:	Municipio:	Provincia:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Seleccione el **medio** por el que desea ser **notificado/a**. Si desea ser notificado/a de forma electrónica, indique el **e-mail** donde recibirá el correspondiente aviso de notificación:

Notificación presencial **Notificación electrónica**

E-mail (AVISO notificaciones)

OBJETO DE LA SOLICITUD

Marque lo que proceda:

Primero.- Que a la vista de catálogo de prestaciones y atendida su situación precisa de los servicios que se marcan:

- De carácter doméstico
- De carácter personal
- De carácter educativo
- De carácter rehabilitador (CERI):Logopedia
- De carácter rehabilitador (CERI):Animación terapéutica
- De carácter rehabilitador (CERI):Fisioterapia
- De carácter sociocomunitario
- Transporte adaptado
- Teleasistencia domiciliaria

Segundo.- Que la solicitud se realiza teniendo en cuenta los siguientes datos que se marcan y sobre los que se formula **DECLARACIÓN RESPONSABLE**:

En relación con la situación de dependencia e incapacidad:

- He solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia.
- Me ha sido reconocida la situación de dependencia, con grado
- Poseo resolución del Programa Individual de Atención (PIA), en el que se determina los siguientes servicios/ prestaciones.....
- Tengo reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida
- Tengo reconocida una incapacidad en grado.....de gran invalidez
- Tengo diagnosticada la enfermedad de, catalogada como rara

En relación con la unidad de convivencia:

- Vivo solo/a
- No vivo solo/a. Mi unidad de convivencia está integrada por los siguientes miembros:

NOMBRE Y APÉLLIDOS	DNI/PASAPORTE	RELACIÓN CON SOLICITANTE	EDAD	Dependencia económica de la persona solicitante (señale sí/no)	Grado de discapacidad reconocido (%)

En relacion con los ingresos de la unidad de convivencia:

La persona responsable de la SOLICITUD, y los miembros mayores de edad integrantes de la unidad de convivencia, abajo firmantes, **DECLARAMOS RESPONSABLEMENTE** la cantidad bruta de los ingresos mensuales, e inmuebles de titularidad especificados en la siguiente tabla.

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/PASAPORTE	INGRESOS (1)	REFERENCIA. CATASTRAL INMUEBLES	FIRMA

(1) (cuantía mes anterior solicitud por trabajo, pensión, otras prestaciones)

En relacion con otras prestaciones públicas y privadas:

Percibo prestaciones de servicios sociales públicos o privados, que a continuación se marcan::

- Centro de día
- Centro de noche
- Teleasistencia
- Ayuda a domicilio
- Servicios de prevención y promoción autonomía personal
- Asistente personal
- Cuidador en el entorno familiar

- Percibo una pensión de gran invalidez
- Percibo una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona
- Percibo el subsidio de ayuda de tercera persona de la LISMI
- Percibo una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona
- Pensión alimenticia o auxilio económico (supuestos separación o divorcio)
- Otras

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

A aportar	Aportada	A requerir	RELATIVA A LA IDENTIDAD Y SITUACION FAMILIAR
			La identidad de la persona solicitante, miembros unidad convivencia y, en su caso, de la persona representante se acredita mediante la siguiente documentación en vigor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para personas españolas: DNI o pasaporte.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personas extranjeras: pasaporte (o documento de identidad vigente del país de origen) y NIE.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la persona solicitante es nacional de un país extranjero no comunitario y reside en España: tarjeta de residencia.
A aportar	Aportada	A requerir	En el supuesto de que la solicitud se firme por la persona representante, dicha representación se acreditará con alguno de los siguientes documentos:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento privado en el que se otorgue la representación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poder notarial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si representa a una persona con discapacidad: resolución judicial de incapacitación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si representa a una persona menor: libro de familia o nombramiento de tutor/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fotocopia libro de familia o documento acreditativo de filiación.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado empadronamiento miembros de la unidad de convivencia
A aportar	Aportada	A requerir	RELATIVA A LA SITUACION DE DEPENDENCIA Y DE SALUD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fotocopia documento asistencia sanitaria de la persona solicitante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de personas en situación de dependencia resolución de grado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En su caso, fotocopia de documento identificativo de condición de beneficiario de asistencia sanitaria de entidad aseguradora.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informe médico actualizado que especifique el diagnóstico, grado de dependencia y desenvolvimiento personal..
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asimismo, se presentará informe médico de aquellas personas que convivan con la persona solicitante y presenten alguna enfermedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la persona solicitante tiene reconocido algún grado de discapacidad documento acreditativo expedido por el órgano competente
A aportar	Aportada	A requerir	RELATIVA A LA SITUACION ECONOMICA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificación expedida por la Agencia Estatal de la Administración Tributaria sobre los ingresos de la unidad familiar, o en su defecto copia de las declaraciones IRPF, correspondiente al periodo impositivo inmediatamente anterior, con el plazo de presentación vencido. En el caso de que alguno de los miembros no estuviese obligado a presentar dicha declaración, deberá aportarse certificación acreditativa de tal extremo.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justificante de los ingresos económicos actuales de cada uno de los miembros de la unidad familiar: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pensionista: documento acreditativo de la pensión que percibe. En casos excepcionales, se admitirán extractos bancarios donde se refleje la pensión que se percibe. ◦ Trabajadores por cuenta ajena: Contrato laboral y última nómina mensual. ◦ Trabajadores autónomos: Base de cotización de la Seguridad Social. ◦ Desempleados/as: Documento acreditativo de hallarse inscrito en el Servicio Canario de Empleo como demandante (DARDE) y certificado de prestaciones que acredite si percibe o no prestaciones. ◦ En el caso de estudiantes mayores de 16 años, copia de la matrícula del curso actual.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado catastral miembros de la unidad de convivencia mayores de 18 años
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier otro documento que justifique la concurrencia de circunstancias específicas relacionadas con la solicitud

DATOS O DOCUMENTOS QUE DEBEN SER COMPROBADOS O RECABADOS POR LA ADMINISTRACION

Quien suscribe manifiesta expresamente que de los documentos relacionados en el cuadro anterior "Documentación a aportar" y que no se adjuntan, deberán ser recabados a través de las redes corporativas o mediante consulta de la Plataforma de Intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados para ello, al encontrarse ya en poder de la Administración actuante o por haber sido elaborado por cualquier Administración

Descripción del documento	NºExpte./Registro/fecha	Organo Administrativo

DATOS O DOCUMENTOS PARA LOS QUE SE DENIEGA EL CONSENTIMIENTO PARA SU OBTENCION O COMPROBACIÓN

ME OPONGO expresamente a que se consulten o recaben estos datos o documentos a través de las redes corporativas o mediante consulta de la Plataforma de Intermediación de Datos u otros sistemas electrónicos habilitados para ello.

Nombre del dato o documentación:	

Consentimiento y deber de informar a los interesados/as sobre protección de datos

He sido informado y doy mi consentimiento para que el Ayuntamiento de Candelaria trate y guarde los datos aportados en la solicitud y en la documentación que le acompaña para la tramitación y gestión de expedientes administrativos.

Responsable	Ayuntamiento de Candelaria. Avenida Constitución nº 7, Código postal 38530, Candelaria.
Finalidad principal	Tramitación, gestión de expedientes administrativos y actuaciones derivadas de estos.
Legitimación	Cumplimiento de una obligación legal y consentimiento expreso.
Destinatarios	No se cederán a terceros salvo obligación legal. Se cederán datos, en su caso, a otras Administraciones Públicas y a los Encargados del Tratamiento de Datos. No hay previsión de transferencias a terceros países.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como oponerse o limitar el tratamiento ante el Ayuntamiento de Candelaria, en el Servicio de Atención a la Ciudadanía, situado en la calle Padre Jesús Mendoza nº 6-8, Candelaria.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección http://www.candelaria.es

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos facilitados son ciertos

En Candelaria a de de 20....

Firma del/la solicitante o su representante

Fdo:

SR/A. ALCALDE/SA-PRESIDENTE/A del Ayuntamiento de Candelaria

REQUERIMIENTO DE SUBSANACIÓN

En relación con su solicitud, y por ser preceptivo para su tramitación, se le notifica que, en el plazo de DIEZ DÍAS previsto en el artículo 68.1. de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, deberá aportar aquella documentación que no ha sido presentada. Ha de tener en cuenta que, en caso de no aportar la documentación requerida, se podrá considerar que ha desistido de su petición, previa resolución dictada en los términos previstos en el artículo 21 de la citada Ley.

RECIBÍ

Nombre: Apellidos
 NIF/NIE: Fecha:

Firma: