



Nº Expte: _____

SOLICITANTE: _____

Comunidad de Madrid

Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a la prestación económica vinculada a un servicio o de asistencia personal

1.- La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

Servicio / Centro	Denominación / domicilio	Tipo de plaza (pública/privada)	Aportación económica del usuario
<input type="checkbox"/> Teleasistencia			-----€/mes
<input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:	<input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar <input type="checkbox"/> Cuidados personales		Nº horas / mes:..... -----€/mes
<input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna:			Nº días / emana:..... -----€/mes
<input type="checkbox"/> Centro Ocupacional			Nº días / semana:..... -----€/mes
<input type="checkbox"/> Centro de Atención Temprana			Nº horas / mes:..... -----€/mes
<input type="checkbox"/> Servicio de Atención Residencial:			-----€/mes
<input type="checkbox"/> Tratamientos ambulatorios			-----€/mes
<input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos			-----€/mes

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por la

- PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA A CUALQUIER SERVICIO DEL CATÁLOGO** al que pueda tener derecho según el grado y nivel de dependencia que se reconozca:

<input type="radio"/> ATENCIÓN RESIDENCIAL
<input type="radio"/> ATENCIÓN DIURNA compatible con OSAD NO INTENSIVO (Grado II o III) <input type="radio"/> TELEASISTENCIA
<input type="radio"/> AYUDA A DOMICILIO compatible con OSAD NO INTENSIVO <input type="radio"/> TELEASISTENCIA
<input type="radio"/> PROMOCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL compatible con OSAD NO INTENSIVO <input type="radio"/> TELEASISTENCIA

(Se podrá señalar más de una opción, siempre que los servicios sean compatibles entre sí, y el proveedor de todos ellos sea el mismo)

- PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL**,

compatible con

 TELEASISTENCIA



Nº Expte: _____

SOLICITANTE: _____

Comunidad de Madrid

3.- Datos de la PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL:

D/Dª (beneficiario prestación)	
DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD (marque lo que proceda):	
<input type="checkbox"/> Que se compromete a no contratar como asistente personal a su cónyuge o persona con parentesco hasta el tercer grado (por consanguinidad o afinidad).	
<input type="checkbox"/> Que tiene contratados los servicios de asistencia personal con:	<input type="radio"/> Empresa acreditada (indicar): <input type="radio"/> Trabajador dado de alta en Régimen Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social
Que se compromete a destinar la prestación a la contratación de un asistente personal que facilite el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las ABVD.	

4.- Entidad bancaria (*):

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta

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

Con la firma de esta solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en esta cuenta corriente/libreta de ahorro las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, como pago de la estancia en un centro de atención residencial a personas mayores perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid.

5.- Documentación requerida:

TIPO DOCUMENTO	Se aporta en solicitud	Autorizo Consulta (*)
Copia del contrato del servicio de atención acreditado o del servicio de asistencia personal	<input type="checkbox"/>	
NIF/NIE del asistente personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Declaraciones responsables del solicitante / representante:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente. - Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

Autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas

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

FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE
FDO:

FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL (si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales)
Nombre y apellidos: Tlfno. de contacto:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDM)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.