



Nº Expte: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a plazas de atención para personas con algún tipo de discapacidad menores de 65 años

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 / semana:..... -----€/mes
<input type="checkbox"/> Centro Ocupacional			Nº días / semana:..... -----€/mes
<input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial			-----€/mes
<input type="checkbox"/> Tratamientos ambulatorios			Nº horas/ semana:..... -----€/mes
<input type="checkbox"/> Servicio socioeducativo (transición a la vida adulta, ...)			-----€/mes
<input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar):			-----€/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 el

- SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD (Sólo Grados III y II)**
- SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD**, compatible con
- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO NO INTENSIVO (Sólo Grados III y II)**
- TELEASISTENCIA**

El solicitante debe cumplir con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder a este tipo de recurso.

3.- Datos de la plaza de **ATENCIÓN RESIDENCIAL** para personas con algún tipo de discapacidad que se solicita como preferencia:

<b>Tipo de plaza (elija sólo una opción)</b>	
<input type="radio"/> Discapacidad intelectual	<input type="radio"/> Discapacidad física y/o sensorial
Utiliza silla de ruedas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Centro/s de preferencia:</b>	<b>Municipio</b>
1.-	
2.-	



Nº Expte: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

## Comunidad de Madrid

4.- Datos de la plaza de ATENCIÓN DIURNA para personas con algún tipo de discapacidad que se solicita como preferencia:

<b>Tipo de plaza (marque sólo una opción):</b>	
<b>Discapacidad intelectual:</b> <input type="radio"/> Centro de Día (CD) <input type="radio"/> Centro Ocupacional (CO) <input type="radio"/> Tratamientos ambulatorios	<b>Discapacidad Física y/o sensorial:</b> <input type="radio"/> Centro de Día <input type="radio"/> Tratamientos ambulatorios
<b>Utiliza silla de ruedas:</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Centro/s de preferencia:</b>	<b>Municipio:</b>
1.-	
2.-	

5.- Prestación transitoria hasta la adjudicación de la plaza de atención residencial (marcar sólo una opción):

<input type="radio"/> <b>Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio</b> <i>(Cuando el solicitante se encuentre o desee ser atendido de forma privada en cualquier centro o recurso del catálogo a que tenga derecho en función del grado y nivel de dependencia reconocido )</i> <i>Si selecciona esta opción, deberá adjuntar copia del contrato o recibo que justifique la contratación del servicio privado</i>
<input type="radio"/> <b>Mantenerse con los actuales servicios/prestaciones</b>

6.- Declaraciones responsables del solicitante / representante:

<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b> - 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.....

<b>FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</b>

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

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.