



Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a los servicios de ayuda a domicilio intensivo y teleasistencia

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 personal <input type="checkbox"/> Tareas domésticas		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"/> Otros servicios sociosanitarios/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 AYUDA A DOMICILIO INTENSIVO**, compatible con

TELEASISTENCIA

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

3.- Prestación transitoria hasta la puesta en marcha del servicio (marcar sólo una opción):

<input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio <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>
<input type="radio"/> Mantenerse con los actuales servicios/prestaciones



4.- 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:

Tfno. 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.