



# Comunidad de Madrid

**ANEXO**  
**DECLARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL**

**1.- Beneficiario de la prestación:**

D/Dª				NIF/NIE	
IBAN	Entidad	Oficina	DC	Número de cuenta	

**2.- Datos del cuidador no profesional:**

D/Dª					
Con	ONIF	ONIE	OPASAPORTE	Nº	Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa):
Sexo:	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer			
<b>DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:</b>					
a. Que es mayor de edad.					
b. Que no tiene reconocida situación de dependencia ni un grado de discapacidad igual o superior al 75%.					
c. Que tiene con el beneficiario el siguiente parentesco:					
<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de Hecho		<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana		<input type="checkbox"/> Tío/Tía	
<input type="checkbox"/> Padre/Madre		<input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela		<input type="checkbox"/> Sobrino/Sobrina	
<input type="checkbox"/> Hijo/Hija		<input type="checkbox"/> Nieto/Nieta		<input type="checkbox"/> Yerno/Nuera	
				<input type="checkbox"/> Cuñado/Cuñada	
				<input type="checkbox"/> Otro: _____	
d. Que reside legalmente en España y se encuentra empadronado en un municipio de la Comunidad de Madrid.					
e. Que desde hace al menos un año antes a la fecha de solicitud de reconocimiento de la dependencia y hasta la fecha actual, convive con el solicitante y los cuidados se han estado prestando ininterrumpidamente y de forma adecuada en su entorno familiar.					
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº
Piso		Puerta		CP	Localidad
f. Que se compromete a seguir prestando a la persona en situación de dependencia los cuidados que precisa en su entorno habitual, salvo que se determine, tras variación en las condiciones de salud o en la situación de su entorno social, una nueva modalidad de intervención distinta en su Programa Individual de Atención.					
g. Que se destinará la totalidad del importe de la prestación a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona en situación de dependencia.					

**3.- Documentación requerida:**

TIPO DOCUMENTO	Se aporta en solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF/NIE del cuidador no profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

**Y para que así conste y surta efectos firmo la presente Declaración.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN	FIRMA CUIDADOR/A NO PROFESIONAL
.....	.....

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.