



Número d'expedient Any .....

## Sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i del dret als serveis i prestacions vinculades

### I. Dades d'identificació de la persona en situació de dependència

Número afiliació a la Seg. Social	Nom	Primer cognom	Segon cognom
DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Número de la Targeta Sanitària (CIP)		
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil		
Data de naixement	Lloc de naixement		

### Adreça

<input type="checkbox"/> Viu en el domicili particular	<input type="checkbox"/> Resideix en un Centre Residencial o Sociosanitari			
Tipus de via (plaça, carrer, etc.)	Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Població			
Telèfon fix	Telèfon mòbil		Adreça electrònica	
Telèfon de contacte per fer la cita de valoració			Tipus de relació amb persona contacte	

### Dades de la persona representant legal o l'entitat tutelar (si escau)

Nom	Primer cognom	Segon cognom		
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> CIF	Número identificador del document			
Tipus de via (plaça, carrer, etc.)	Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Població			
Telèfon fix	Telèfon mòbil		Adreça electrònica	
Relació amb l'interessat <input type="checkbox"/> Representant legal <input type="checkbox"/> Guarda de fet				

B310

## Documents que cal adjuntar amb la sol·licitud

---

### Documentació general

---

- Fotocòpia del DNI, NIF o del NIE de la persona en situació de dependència.
- Fotocòpia de la resolució judicial que acrediti la representació legal en cas d'incapacitació, si escau.
- Fotocòpia del DNI, NIF o NIE de la persona representant legal o CIF de l'Entitat tutelar, si escau.
- Volant d'empadronament que justifiqui 5 anys de residència, dels quals 2 anys han de ser immediatament anteriors a la data de presentació d'aquesta sol·licitud.

En el cas que la persona sol·licitant sigui menor de cinc anys, la documentació acreditativa serà la de la persona que tingui la guàrdia i custòdia.

- Un únic informe de salut original i de menys de dos anys on constin els diagnòstics vinculats amb la dependència

En el cas que la persona **NO** disposi de cap informe de menys de dos anys, ha de sol·licitar-lo:

- si està ingressada en un centre residencial o sociosanitari, o als serveis mèdics del centre on estigui ingressada o atesa.
- si la dependència està vinculada a malaltia mental, al psiquiatre/a del centre de salut mental de referència o als serveis mèdics de les unitats en el cas que estiguin ingressades.
- si la dependència està vinculada a discapacitat, i la persona està atesa per una entitat concertada o conveniada, als serveis mèdics de l'entitat si en té.
- en els altres casos, els informes s'han de sol·licitar al metge/essa de capçalera, pediatre/a o a altres especialistes.

(Amb la sol·licitud s'adjunta un model d'informe de salut)

### Documentació específica

---

- Fotocòpia del certificat de reconeixement del grau de disminució.
  - Fotocòpia del certificat de persona amb discapacitat amb Barem de Necessitat de Tercera Persona.
  - Fotocòpia del certificat INSS de la situació d'invalidesa permanent.
  - En cas d'emigrant retornat, fotocòpia de la resolució de reconeixement d'emigrant retornat.
- 

#### DECLARO:

1. Que són certes totes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'acompanya.
2. Que tinc l'obligació de comunicar al Departament d'Acció Social i Ciutadania qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.
3. Que em comprometo a aportar els documents que es requereixin relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud i que estic assabentat/ada que la falsedat o l'ocultació de dades podria ser motiu de cancel·lació, o deixar sense efecte la meua sol·licitud, sense perjudici que es puguin emprendre accions legals procedents.
4. Que estic informat de l'article 5.2 de la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. En aquest sentit el Departament d'Acció Social i Ciutadania informa dels punts següents:

Fins que l'òrgan competent acordi la creació del fitxer corresponent, les dades personals generades en el procediment es tractaran en el fitxer de dades "Expedients de Prestacions Individuals", en els termes establerts per l'Ordre BEF/419/2003, d'1 d'octubre. La finalitat de la recollida de les dades és la gestió d'aquesta sol·licitud, i la destinatària de la informació és la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.

Existeix la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades que se subministren, adreçant-se a la persona titular de la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Plaça de Pau Vila, 1, Barcelona.

- 5.-Que autoritzo facilitar les dades consignades a aquesta sol·licitud al Servei de Valoració de la Dependència que s'assigni per a la meua valoració.

6. Que autoritzo al Departament d'Acció Social i Ciutadania a efectuar les consultes necessàries a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, a la Tresoreria de la Seguretat Social, al Departament de Salut, a l'efecte de comprovar que es compleixen les condicions requerides per la valoració de grau i el reconeixement de les prestacions objecte d'aquesta sol·licitud.

Si no vol donar aquesta autorització marqui la casella

---

Població

Data

**Signatura** de la persona  
en situació de dependència

**Signatura** de la persona  
representant legal

---

Manifestació de la causa de no poder signar

---



## Model d'informe de salut per la sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i del dret als serveis i prestacions vinculades

---

### Dades personals

---

Nom	Primer cognom	Segon cognom	
Data de naixement	Sexe <input type="checkbox"/> home <input type="checkbox"/> dona	CIP	DNI/NIF
Adreça	Codi postal	Població	

---

### Dades del metge/essa que emet l'informe

---

Nom	1r. cognom	2n. cognom
Unitat productiva	Centre	

---

### Informe

---

Indiqueu el diagnòstic de les malalties, els trastorns o altres condicions de salut relacionades amb la situació de dependència

Diagnòstic	Codi <sup>1</sup>	Data
------------	-------------------	------

---

Amb les mesures terapèutiques adequades, indiqueu si la situació actual de dependència probablement es pot modificar en els propers sis mesos

- es mantindrà més o menys igual  
 millorarà  
 empitjorarà
- 

Indiqueu les observacions que considereu rellevants en relació amb l'estat de salut de la persona pel que fa a les principals malalties, trastorns o altres condicions de salut, i de manera especial pel que fa a la història evolutiva, els tractaments rebuts i, si escau, els ajuts tècnics, ortesis i pròtesis prescrits en relació amb la dependència.

---

Signatura del metge/essa que emet l'informe

---

Data d'emissió

---

<sup>1</sup> Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM).