



## ANEXO I

### Sistema Riojano de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

#### SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

R.D. 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (B.O.E nº 299, de 15 de diciembre de 2006)

(Antes de cumplimentar la solicitud, lea las instrucciones consignadas al dorso)

- Atención Temprana (de 0 hasta 6 años)  
 A partir de 6 años

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTERESADA

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
D.N.I./N.I.E./Pasaporte	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil	Nacionalidad
Domicilio (calle, núm...):		
Localidad	Provincia	Código Postal
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Dirección de correo electrónico
¿Tiene Seguridad Social? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario	Nº de afiliación a la Seguridad Social

#### 2. DATOS DE SU REPRESENTANTE LEGAL / GUARDADOR DE HECHO

(Cumplimentar solo en caso de que la persona interesada esté incapacitada legalmente o cuando sea menor de edad)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
En calidad de: Padre/madre/tutor de menor de 18 años <input type="checkbox"/> Representante legal o judicial <input type="checkbox"/>	D.N.I./N.I.E./C.I.F./Pasaporte	Teléfono
Domicilio a efectos de notificaciones (calle, núm...)		
Localidad	Provincia	Código Postal



### 3. DATOS DE RESIDENCIA

*(Cumplimentar solo en caso de que el/la interesado/a sea emigrante/inmigrante)*

¿Es emigrante español retornado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo(día/mes/año)		
¿Ha residido legalmente en España durante cinco años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### 4. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

▪ ¿Tiene reconocido grado de minusvalía? <input type="checkbox"/> SI Indicar grado: _____ %, provincia _____ y año _____		
▪ ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa indique la provincia donde se efectuó _____ y año _____		
▪ ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es afirmativa indique la localidad donde se efectuó _____ y año _____		
▪ ¿Es beneficiario/a de alguno de estos recursos del Sistema Público de Servicios Sociales?		
▪ Centro para personas mayores (residencia/centro de día)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
▪ Centro para personas con discapacidad (residencia/centro de día/centro ocupacional)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>(En el caso de que la persona interesada sea beneficiaria de alguno de los recursos señalados quedará exento de presentar la documentación que debe acompañar a la solicitud, salvo que se hayan producido modificaciones de su situación).</i>		



**Gobierno  
de La Rioja**

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A ESTA SOLICITUD**

- Informe del Sistema público de Servicios Sociales.
- Informe del Sistema público de Salud, en La Rioja
- Fotocopia compulsada del DNI/NIE/Pasaporte/o Tarjeta de Identidad de extranjero, en su caso.
- Certificado de empadronamiento.

En los casos en que el solicitante actúe a través de representante legal o guardador de hecho, deberá aportarse además la siguiente documentación:

- Acreditación de la representación legal mediante fotocopia compulsada de la sentencia que la declare o en su caso modelo de declaración de guardador de hecho.
- Fotocopia compulsada del DNI/NIE/C.I.F/ Pasaporte del representante legal o del guardador de hecho.

**DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado de la obligación de comunicar a la Consejería de Servicios Sociales cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo y,

**AUTORIZO** a la Consejería de Servicios Sociales a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.

En....., a.....de ..... de 200....

Firmado:

(persona interesada o su representante legal cuando proceda)

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** *En cumplimiento del Art. 5 de la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal se pone en conocimiento que los datos de carácter personal que se recogen en este documento, se incluirán en un fichero de nombre "Sistema de Información para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia" creado por Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal (BOE Nº 127 de 28 de mayo de 2007), con la finalidad de proporcionar a las entidades involucradas en la gestión de las prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), la infraestructura necesaria para el mantenimiento y gestión de la información relativa del SAAD. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación y oposición en la Dirección General de Familia y Acción Social, C/ Villamediana 17.- 26071 Logroño*

*La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción. (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia)*

**Ilmo/a. Sr/Sra. Director/ra General de  
Consejería de Servicios Sociales**



### **INSTRUCCIONES PARA SU CUMPLIMENTACIÓN**

**ANTES DE ESCRIBIR, LEA DETENIDAMENTE LOS APARTADOS DE LA SOLICITUD.**

**ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS.**

**PRESENTE CON LA SOLICITUD TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, CON ELLO EVITARÁ RETRASOS INNECESARIOS.**

**REPRESENTANTE LEGAL**

Este apartado únicamente se cumplimentará cuando la solicitud se firme por personas distinta al solicitante que ostente la condición de representante legal o guardador de hecho, (padre, madre, o tutor) de un menor de 18 años, o representante legal judicial. En el caso de ostentar la condición de representante legal deberá presentar la documentación acreditativa correspondiente y en el caso de la condición de guardador de hecho deberá cumplimentar el modelo que, al efecto, le será facilitado.

**INFORME DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES:**

Este documento es el Informe Social que deberá ser cumplimentado por el Trabajador Social que le corresponda por su domicilio.

**INFORME DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LA RIOJA**

Este documento es el Informe médico que deberá ser cumplimentado por su médico de Atención Primaria.