

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	BS210A	SOLICITUD

NÚMERO DE EXPEDIENTE A completar por la administración	A.G.E.: SAAD	S.G.A.D.:
---	--------------	-----------

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		DNI/NIE	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		NACIONALIDAD (1)			
		☐ Hombre ☐ Mujer					
☐ VIVE EN DOMICILIO PARTICULAR							
☐ RESIDE EN CENTRO RESIDENCIAL O SOCIOSANITARIO							
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA (2)			NÚM.	BLOQ.	PISO	PUERTA
CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2		CORREO ELECTRÓNICO				

(1) Si ostenta doble nacionalidad, indique las dos en el apartado correspondiente.

(2) Reflejar el domicilio habitual de la persona solicitante (domicilio particular o si la residencia actual es un centro residencial o sociosanitario), debe tenerse en cuenta que es el domicilio que se tomará como referencia para llevar a cabo la valoración.

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fidedigna por cualquier medio válido en derecho)
(En el caso del guardador/a de hecho la cumplimentación de este apartado junto con la firma de esta solicitud servirá como declaración de la citada circunstancia ante la Administración. En el caso de menores de 18 años, el representante será el padre, la madre o tutor/ a del menor)

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		DNI/NIE	
EN CALIDAD DE							
☐ REPRESENTANTE		☐ GUARDADOR/A DE HECHO		☐ PADRE/MADRE/TUTOR/A DE LA PERSONA MENOR (menores de 18 años)			

AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DE LA SOLICITUD Y DEMÁS DOCUMENTACIÓN POR PARTE DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA

(La cumplimentación de este apartado implicará el otorgamiento de la autorización para su presentación electrónica)

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		DNI/NIE		Nº COLEGIADO/A	
ENTIDAD/ORGANISMO:									
☐ Ayuntamiento ☐ Centro de salud ☐ Otros (hospital, atención especializada, etc.), especifique:									

ELECCIÓN DEL MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

Las personas obligadas a relacionarse a través de medios electrónicos con la administración deberán optar, en todo caso, por la notificación por medios electrónicos sin que sea válida para ellas, ni produzca efectos, una opción diferente.

☐ **Electrónica** a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, <https://notifica.xunta.gal>. Solo se podrá acceder a la notificación con el certificado electrónico o Chave365

☐ **Postal** (cubrir la dirección postal solo si es distinta de lo indicado anteriormente)

TIPO	NOMBRE DE LA VÍA			NÚM.	BLOQ.	PISO	PUERTA
PARROQUIA				LUGAR			
CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD		

DATOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO
MOTIVO EN QUE SE FUNDAMENTA LA SOLICITUD
☐ Valoración inicial ☐ Homologación ☐ Reactivación del PIA ☐ Revisión por mejoría/agravamiento. ☐ Revisión del PIA

☐ Valoración inicial por emergencia social
(Dicha circunstancia deberá acreditarse por el/la trabajador/a social de referencia)

☐ Traslado de expediente de dependencia a la provincia de dentro de la Comunidad Autónoma de Galicia

☐ Traslado de expediente de dependencia a la provincia de de la Comunidad Autónoma de

GRUPO DE EDAD AL QUE PERTENECE LA PERSONA SOLICITANTE
☐ Menor de tres años (de 0 hasta 3 años) ☐ A partir de 3 años

ESTADO CIVIL
☐ SOLTERO/A ☐ CASADO/A /PAREJA DE HECHO ☐ DIVORCIADO/A ☐ VIÚDO/A ☐ SEPARADO/A

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PRESTACIONES

☐ Seguridad Social ☐ MUGEJU	☐ MUFACE ☐ ISFAS ☐ Otro tipo de asistencia	CONDICIÓN ☐ TITULAR ☐ BENEFICIARIA	Nº TARJETA SANITARIA
☐ PERCEPTOR DE UNA PENSIÓN EN EL EXTRANJERO (Es necesario que adjunte certificación bancaria en el que figure la pensión percibida)		Tipo de prestación	
		Cuantía del año en curso	Número de pagadas:

EXPECTATIVA SOBRE EL SERVICIO Y PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE PODRÍA PERCIBIR
SERVICIOS

- a) Ayuda en el hogar
- b) Servicio de atención diurna
- c) Servicio de atención de noche
- d) Servicio de atención residencial

☐ Área geográfico
(Señale 3 centros por orden de preferencia)

- 1)
- 2)
- 3)

☐ Toda la Comunidad Autónoma de Galicia

e) Servicio de promoción de la autonomía personal

PRESTACIONES ECONÓMICAS

a) Prestación vinculada al servicio:

Provincia Ayuntamiento Entidad que presta el servicio

b) Prestación para cuidados en el entorno familiar:

Nombre y Apellidos (persona cuidadora no profesional)

☐ Parentesco (hasta el 4º grado)

☐ Persona del entorno

DNI/NIE/PASAPORTE

c) Prestación de asistencia personal

Nombre y Apellidos / Razón social (profesional o entidad que presta el servicio)

DNI/NIE/PASAPORTE/
NIF

Orden
de
preferencia.
numérica

Orden
de
preferencia.
numérica

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE/GUARDADOR/A DE HECHO DECLARA:

1. Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se presentan son ciertos.
2. Que quedo informado/a del deber de facilitar toda la información y los datos que me sean requeridos y que resulten necesarios para reconocer o mantener el derecho a las prestaciones del sistema.
3. Que me comprometo a destinar el importe de la prestación a la finalidad para a cuál se me concedió, así como justificar su aplicación.
4. Que me comprometo a participar en el pago del coste del servicio en los términos que establezca la normativa vigente que los regula, en su caso.
5. Que quedo informado/a del deber de comunicar a la jefatura territorial de la Consellería competente en materia de servicios sociales cualquier variación de la situación con respecto a aquella sobre la que se concedió la prestación, en el plazo máximo de 30 días naturales a contar desde que dicha variación se produzca.
6. Que quedo informado/a del deber de comunicar a la jefatura territorial de la Consellería competente en materia de servicios sociales, en el plazo máximo de 30 días naturales, los traslados de la residencia habitual, tanto los de carácter temporal superiores a 30 días o definitivos que se produzcan dentro de la misma o diferente localidad, la otra comunidad autónoma y al extranjero.
7. Que me comprometo a facilitar cuantas comprobaciones o visitas al domicilio de la persona solicitante sean necesarias para verificar el cumplimiento de los requisitos y circunstancias exigidas para ser persona beneficiaria de las prestaciones.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA CON LA SOLICITUD (ANEXO I)

- ☐ Anexo II Informe de condiciones de salud.
- ☐ Anexo III Informe social unificado

OTRA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA TRAMITACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO, SI ES EL CASO

- ☐ Anexo IV Comprobación de los datos del/la cónyuge/pareja de hecho, de la/s persona/s a cargo y de la persona cuidadora de la persona solicitante de dependencia
- ☐ Anexo V Compromiso de alta en la Seguridad Social del/la profesional que presta la asistencia personal, solo para los casos de prestación económica de asistencia personal
- ☐ Certificado de emigrante retornado expedido en la Delegación del Gobierno correspondiente o mediante la correspondiente baja consular (en el caso de no cumplir el requisito del período de residencia)
- ☐ Documento acreditativo de la representación, de la persona que actúe como representante, en su caso

COMPROBACIÓN DE DATOS

Los documentos relacionados serán objeto de consulta a las administraciones públicas

En caso de que las personas interesadas se opongan la esta consulta, deberán indicarlo y señalar los motivos de dicha oposición en el recuadro correspondiente. Adjuntarán una copia de los documentos a cuya consulta se oponen (*).	ME OPONGO A LA CONSULTA (marcar únicamente si la persona interesada se opone a la consulta y adjunta documentación)
DNI/NIE de la persona solicitante	☐
DNI/NIE de la persona representante o guardador/a de hecho	☐
Certificado de nacimiento del registro civil, en el caso de menores de edad que no dispongan de DNI	☐
Certificado de residencia legal en el caso de personas extranjeras	☐
Certificado del de empadronamiento actual	☐
Certificado de empadronamiento histórico	☐
Certificado del grado de dependencia, en el caso de expedientes trasladados de otras comunidades autónomas	☐
Certificado del grado de discapacidad	☐
Certificado de defunción del registro civil	☐
Consulta del Informe Social Unificado disponible en la Historia Social Única Electrónica	☐
Certificación de datos catastrales	☐
Certificado de titularidad de bienes catastrales del solicitante	☐
Exponga los motivos de la oposición:	

(*) En aplicación de lo dispuesto en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas. Puede encontrar más información sobre el ejercicio de sus derechos, incluido el derecho de oposición, en el siguiente enlace: <https://www.xunta-gal/exercicio-de-dereitos>

CONSENTIMIENTO PARA LA COMPROBACIÓN DE DATOS TRIBUTARIOS U OTROS CUYA LEGISLACIÓN ESPECÍFICA REQUIERA EL CONSENTIMIENTO EXPRESO

La consulta de los documentos relacionados a continuación deberá ser objeto de autorización expresa.

En caso de que las personas interesadas no marquen el recuadro de autorización expresa, deberán adjuntar los certificados actualizados que acrediten estar al corriente en el cumplimiento con los deberes tributarios u otra documentación cuya comprobación no autoricen	AUTORIZO A LA CONSULTA
Certificado de la declaración de la renta (IRPF)	☐ SÍ ☐ NO
Certificado de las prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, incapacidad temporal y maternidad, de cualquier régimen (Seguridad Social, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, ...) de la persona solicitante	☐ SÍ ☐ NO
Certificado de la Renta de inclusión social de Galicia (RISGA)	☐ SÍ ☐ NO
Historia Clínica del SERGAS (3)	☐ SÍ ☐ NO

(3) En este supuesto, la persona interesada autoriza la consulta de sus datos en la Historia Clínica del SERGAS. En cualquier caso deberá presentar junto con la solicitud el Anexo II.



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia. Secretaría General Técnica de la Consellería de Política Social e Igualdad.
Finalidades del tratamiento	Gestión del reconocimiento del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema. Tramitar este procedimiento, verificar los datos y documentos que la persona interesada recoge en su solicitud para comprobar la exactitud de estos, llevar a cabo las actuaciones administrativas que se deriven e informar sobre el estado de la tramitación. Asimismo, los datos se habían incluido en la Carpeta ciudadana de la persona interesada para facilitar el acceso a la información, tanto personal como de carácter administrativo.
Legitimación para el tratamiento	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos derivada de una competencia legalmente atribuida al responsable del tratamiento, así como el cumplimiento de deberes legales impuestos a dicho responsable, en concreto la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y el Decreto 142/2023 por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes. En su caso, el consentimiento otorgado por la persona interesada.
Destinatarios de los datos	Los datos personales serán comunicados a la Consellería de Hacienda, SERGAS en el acceso a la aplicación, IMSERSO para la cofinanciación de la dependencia, ayuntamiento correspondiente en el acceso a la aplicación, Diputación de Ourense, Servicio 012 para la gestión de citas, así como a las entidades que prestan los servicios del sistema de dependencia de los que es beneficiario/la y la otras Administraciones públicas estatales, autonómicas y locales en el ejercicio de sus competencias en materia de protección social y atención a la dependencia cuando sea necesario para la tramitación y resolución de este procedimiento.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán solicitar ante lo responsable del tratamiento el acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidad y supresión de sus datos o retirar, en su caso, el consentimiento otorgado a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común, según se recoge en https://www.xunta.gal/exercicio-de-derechos . Asimismo, las personas interesadas podrán retirar el consentimiento previamente otorgado dirigiendo su solicitud a la Secretaría General Técnica de la Consellería de Política Social e Igualdad. La retirada del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento basada en el consentimiento previo a su retirada.
Contacto con la persona delegada de protección de datos y más información	https://www.xunta.gal/informacion-general-proteccion-datos

☐ Autorizo el tratamiento de los datos para la gestión del reconocimiento inicial del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema, así como, para las sucesivas revisiones, ya sean de oficio o la instancia de la persona interesada.

LEGISLACIÓN APLICABLE

Decreto 142/2023 por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

Orden del XX de XXXXXX de XXXX, por la que se desarrolla el Decreto 142/2023 por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE Y/O REPRESENTANTE/GUARDADOR/A DE HECHO

Lugar y fecha					
	,		de		de

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	BS210A	INFORME DE SALUD

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

(Para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre)

1. DATOS DE La PERSONA SOLICITANTE			
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MOTIVO DEL INFORME	
		☒ Solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia ☐ Revisión del reconocimiento	

2. EN EL CASO DE NIÑOS ENTRE 0 Y 6 MESES, INDIQUE (obligado cumplimiento)			
PESO EN EL MOMENTO DE NACER EN GRAMOS			
☒ Menos de 1.100 g.	☐ Entre 1.100 y 1.500 g.	☐ >1.500 y 2.200 < g.	☐ Más de 2.200 g.

3. DIAGNÓSTICOS					
Indique los diagnósticos de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración					
PATOLOGÍAS	DIAGNÓSTICOS (Obligado cumplimiento)	FECHA DIAGNÓSTICO (Obligado cumplimiento)	CODIFICACIÓN		FASE EVOLUTIVA
			CLASIFICACIÓN	CÓDIGO	
Demencias y Enfermedades neurodegenerativas					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo-cognitiva					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
Patología traumática					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
Trastornos graves del comportamiento					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
Retraso mental/enfermedad mental/deterioro cognitivo					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
Otras patologías (sistema nervioso, osteomusculares, aparato respiratorio, cardiovascular, genéticas, infecciosas, etc.)					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica
					☒ Aguda ☐ Crónica

* Podrá presentar informes médicos que complementen el modelo normalizado



4. INDIQUE LOS TRATAMIENTOS ACTUALES, MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, AYUDAS TÉCNICAS, ORTOSES Y PRÓTESIS PRESCRITOS (obligado cumplimiento)

FARMACOLÓGICOS

HIGIÉNICO/DIETÉTICO

PSICOTERAPÉUTICO

REHABILITADOR

☒ Recibe ☒ No recibe ☒ Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras ☒ No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras

OTROS

5. INDIQUE LAS MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, SOPORTE TERAPÉUTICO Y AYUDAS TÉCNICAS QUE TIENE PRESCRITAS (obligado cumplimiento)

☒ Oxigenoterapia ☒ Sonoterapia ☒ Nutrición enteral por SNG/PEG ☒ Nutrición parental
☒ S. Vesical ☒ Ostomías ☒ Absorbentes ☒ Prótesis/Órtesis
☒ Andador ☒ Silla de ruedas ☒ Sujeción mecánica
☒ ..Otros

6. INDIQUE SITUACIÓN ACTUAL SI PROCEDE:

☒ Encamado
☒ Vida cama/sofá

7. INDIQUE SI EXISTE NECESIDAD DE APOYO PARA LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO (obligado cumplimiento)

☒ Leve ☒ Moderada ☒ Grave

8. INDIQUE SI ENTRE LAS PATOLOGÍAS DESCRITAS, ALGUNA DE ELLAS CURSA EN BROTES (obligado cumplimiento)

PATOLOGÍA	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO BROTE

9. INDIQUE SI LA PERSONA SE PUEDE TRASLADAR FUERA DEL DOMICILIO

☒ SÍ ☒ NO

10. IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME (obligado cumplimiento)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DEL INFORME
ORGANISMO/CENTRO DE SALUD			Nº COLEGIADO/A

FIRMA DEL/LA PROFESIONAL

Lugar y fecha

, de de de

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	BS210A	INFORME DE SALUD

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

(Para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre)

1. DATOS DE La PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIE
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MOTIVO DEL INFORME	
		☒ Solicitud inicial de reconocimiento de la situación de dependencia ☐ Revisión del reconocimiento	

2. EN EL CASO DE NIÑOS ENTRE 0 Y 6 MESES, INDIQUE (obligado cumplimiento)

PESO EN EL MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

☒ Menos de 1.100 g.	☐ Entre 1.100 y 1.500 g.	☐ >1.500 y 2.200 < g.	☐ Más de 2.200 g.
--	--	---	---------------------------------------

3. DIAGNÓSTICOS

Indique los diagnósticos de las enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, enfermedad mental, discapacidad intelectual o problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración

PATOLOGÍAS	DIAGNÓSTICOS (Obligado cumplimiento)	FECHA DIAGNÓSTICO (Obligado cumplimiento)	CODIFICACIÓN		FASE EVOLUTIVA	
			CLASIFICACIÓN	CÓDIGO		
Demencias y Enfermedades neurodegenerativas					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo-cognitiva					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Patología traumática					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Trastornos graves del comportamiento					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Retraso mental/enfermedad mental/deterioro cognitivo					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
Otras patologías (sistema nervioso, osteomusculares, aparato respiratorio, cardiovascular, genéticas, infecciosas, etc.)					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica
					☒ Aguda	☐ Crónica

* Podrá presentar informes médicos que complementen el modelo normalizado



4. INDIQUE LOS TRATAMIENTOS ACTUALES, MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, AYUDAS TÉCNICAS, ORTOSES Y PRÓTESIS PRESCRITOS (obligado cumplimiento)

FARMACOLÓGICOS

HIGIÉNICO/DIETÉTICO

PSICOTERAPÉUTICO

REHABILITADOR

☒ Recibe ☒ No recibe ☒ Agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras ☒ No agotadas las posibilidades terapéuticas y/o rehabilitadoras

OTROS

5. INDIQUE LAS MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, SOPORTE TERAPÉUTICO Y AYUDAS TÉCNICAS QUE TIENE PRESCRITAS (obligado cumplimiento)

☒ Oxigenoterapia ☒ Sonoterapia ☒ Nutrición enteral por SNG/PEG ☒ Nutrición parental
☒ S. Vesical ☒ Ostomías ☒ Absorbentes ☒ Prótesis/Órtesis
☒ Andador ☒ Silla de ruedas ☒ Sujeción mecánica
☒ ..Otros

6. INDIQUE SITUACIÓN ACTUAL SI PROCEDE:

☒ Encamado
☒ Vida cama/sofá

7. INDIQUE SI EXISTE NECESIDAD DE APOYO PARA LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO (obligado cumplimiento)

☒ Leve ☒ Moderada ☒ Grave

8. INDIQUE SI ENTRE LAS PATOLOGÍAS DESCRITAS, ALGUNA DE ELLAS CURSA EN BROTES (obligado cumplimiento)

PATOLOGÍA	FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO BROTE

9. INDIQUE SI LA PERSONA SE PUEDE TRASLADAR FUERA DEL DOMICILIO

☒ SÍ ☒ NO

10. IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA PROFESIONAL QUE EMITE EL INFORME (obligado cumplimiento)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DEL INFORME
ORGANISMO/CENTRO DE SALUD			Nº COLEGIADO/A

FIRMA DEL/LA PROFESIONAL

Lugar y fecha

, de de de

**BS210A – RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA
COMPROBACIÓN DE LOS DATOS DEL/LA CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO, PERSONA/S A CARGO Y DE LA PERSONA CUIDADORA DE LA PERSONA SOLICITANTE DE DEPENDENCIA**

Las personas interesadas, mediante su firma, declaran haber sido informadas de la incorporación de sus datos personales al expediente de tramitación. En el caso de menores de edad, este documento deberá ser firmado por una de las personas progenitoras, tutor/a o representante legal. En el caso de que las personas interesadas se opongan a la comprobación, deberán indicarlo y señalar los motivos de dicha oposición en el recuadro correspondiente

RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE DE DEPENDENCIA	NOMBRE Y APELLIDOS.	DNI/NIE	MENOR DE EDAD	TUTOR/A O REPRESENTANTE LEGAL		COMPROBACIÓN DE DATOS		FIRMA
				NOMBRE Y APELLIDOS.	DNI/NIE	Los siguientes datos de las personas interesadas serán objeto de consulta a las administraciones públicas:		
			☐			DNI/NIE	☐	ME OPONGO A LA CONSULTA CONSENTIMIENTO <i>En el caso de no dar consentimiento, deberá acompañar el documento correspondiente:</i> Certificado de la declaración de la Renda (IRPF) ☐ SÍ ☐ NO Certificado de las prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, Incapacidad Temporal y Maternidad de cualquier régimen (Seguridad Social, MUFACE, ISFAS, MUJEGU, ...) ☐ SÍ ☐ NO Certificado de la Renta de integración de Galicia (RISGA) ☐ SÍ ☐ NO ME OPONGO A LA CONSULTA
						Certificado de empadronamiento actual	☐	
						Certificado de residencia legal en el caso de personas extranjeras	☐	
						Certificado del grado de discapacidad	☐	
						Certificado del grado de dependencia	☐	
						CONSENTIMIENTO PARA LA CONSULTA DE DATOS: <i>En el caso de no dar consentimiento, deberá acompañar el documento correspondiente:</i>	CONSENTIMIENTO	
						Certificado de la declaración de la Renda (IRPF)	☐ SÍ ☐ NO	
						Certificado de las prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, Incapacidad Temporal y Maternidad de cualquier régimen (Seguridad Social, MUFACE, ISFAS, MUJEGU, ...)	☐ SÍ ☐ NO	
						Certificado de la Renta de integración de Galicia (RISGA)	☐ SÍ ☐ NO	
							ME OPONGO A LA CONSULTA	
			☐			DNI/NIE	☐	CONSENTIMIENTO <i>En el caso de no dar consentimiento, deberá acompañar el documento correspondiente:</i> Certificado de la declaración de la Renda (IRPF) ☐ SÍ ☐ NO Certificado de las prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, Incapacidad Temporal y Maternidad de cualquier régimen (Seguridad Social, MUFACE, ISFAS, MUJEGU, ...) ☐ SÍ ☐ NO Certificado de la Renta de integración de Galicia (RISGA) ☐ SÍ ☐ NO
						Certificado de empadronamiento actual	☐	
						Certificado de residencia legal en el caso de personas extranjeras	☐	
						Certificado del grado de discapacidad	☐	
						Certificado del grado de dependencia	☐	
						CONSENTIMIENTO PARA LA CONSULTA DE DATOS: <i>En el caso de no dar consentimiento, deberá acompañar el documento correspondiente:</i>	CONSENTIMIENTO	
						Certificado de la declaración de la Renda (IRPF)	☐ SÍ ☐ NO	
						Certificado de las prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, Incapacidad Temporal y Maternidad de cualquier régimen (Seguridad Social, MUFACE, ISFAS, MUJEGU, ...)	☐ SÍ ☐ NO	
						Certificado de la Renta de integración de Galicia (RISGA)	☐ SÍ ☐ NO	
							☐ SÍ ☐ NO	

De no ser suficiente el espacio previsto en el cuadro anterior se deberán cubrir y enviar tantos anexos como sean necesarios.

ANEXO VII
Continuación

MOTIVOS DE OPOSICIÓN A LA COMPROBACIÓN DE DATOS:

RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE DE DEPENDENCIA	NOMBRE Y APELLIDOS.	DNI/NIE	Exponga los motivos de oposición

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia – Secretaría General Técnica de la Consellería de Política Social e Igualdad
Finalidades del tratamiento	Gestión del reconocimiento del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema. Tramitar este procedimiento, verificar los datos y documentos que la persona interesada adjunte en su solicitud para comprobar la exactitud de estos, llevar a cabo las actuaciones administrativas que se deriven e informar sobre el estado de la tramitación. Asimismo, los datos se incluirán en la Carpeta ciudadana de la persona interesada para facilitar el acceso a la información, tanto personal como de carácter administrativo.
Legitimación para el tratamiento	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos derivada de una competencia legalmente atribuida al responsable del tratamiento, así como el cumplimiento de deberes legales impuestos a dicho responsable, en concreto la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y el Decreto 142/2023 por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes. En su caso, el consentimiento otorgado por la persona interesada.
Personas destinatarias de los datos	Los datos personales serán comunicados a la Consellería de Hacienda, SERGAS en el acceso a la aplicación, IMSERSO para la cofinanciación de la dependencia, ayuntamiento correspondiente en el acceso a la aplicación, Diputación de Ourense, Servicio 012 para la gestión de citas, así como a las entidades que prestan los servicios del sistema de dependencia de los que es beneficiario/a y la otras Administraciones públicas estatales, autonómicas y locales en el ejercicio de sus competencias en materia de protección social y atención a la dependencia cuando sea necesario para la tramitación y resolución de este procedimiento.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán solicitar ante el responsable del tratamiento el acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidad y supresión de sus datos o retirar, en su caso, el consentimiento otorgado a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común, según se recoge en https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos . Asimismo, las personas interesadas podrán retirar el consentimiento previamente otorgado dirigiendo su solicitud a la Secretaría General Técnica de la Consellería de Política Social e Igualdad. La retirada del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento basada en el consentimiento previo a su retirada.
Contacto con la persona delegada de protección de datos y más información	https://www.xunta.gal/informacion-general-proteccion-datos

Lugar y fecha					
	,	de		de	

ANEXO VI

PROCEDIMIENTO.	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO.	DOCUMENTO
RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	BS210A	COMPROMISO

COMPROMISO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL DEL/LA PROFESIONAL QUE PRESTA LA ASISTENCIA PERSONAL

En el supuesto en el que la relación entre la persona beneficiaria y el/la asistente/a personal derive de un contrato de prestación de servicios, esta última tendrá que acreditar el cumplimiento de sus deberes de afiliación, alta y cotización en el correspondiente régimen de la Seguridad Social.

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE	N.º EXPEDIENTE

DATOS DE LA PERSONA QUE PRESTA ASISTENCIA PERSONAL A LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE

El/La asistente/a personal **SE COMPROMETE BAJO SU RESPONSABILIDAD** a:

1. Firmar un contrato de prestación de servicios con la persona beneficiaria de la prestación
2. Al cumplimiento de todas sus deberes de afiliación, alta y cotización en el correspondiente régimen de la Seguridad Social.

Y para que así conste y produzca los efectos correspondientes ante la Consellería de Política Social e Igualdad de la Comunidad Autónoma de Galicia, firmo esta declaración.

FIRMA DEL/LA ASISTENTE/A PERSONAL

Lugar y fecha					
	,		de		de