



Número d'expedient Any .....

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

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

Número d'afiliació a la Seg. Social	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document – lletra		Número de la Targeta Sanitària (CIP)
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil		
Data de naixement	Lloc de naixement	Nacionalitat	

### Adreça (si viu en una residència ha de posar el nom i l'adreça)

<input type="checkbox"/> Viu en un centre residencial	Nom del centre			
<input type="checkbox"/> Viu en el domicili particular				
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 de contacte		

### Adreça a efectes de notificació (només s'ha d'emplenar en cas que l'adreça sigui diferent de l'apartat anterior)

Tipus de via (plaça, carrer, etc.)	Nom de la via			
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Població			

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

Nom	Primer cognom	Segon cognom		
Nom de l'entitat				
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> CIF	Número identificador del document - lletra			
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 la persona interessada <input type="checkbox"/> Representant legal <input type="checkbox"/> Cuidador/a principal				

## DECLARACIÓ / AUTORITZACIÓ

---

### DECLARO:

1. Que són certes totes les dades d'aquesta sol·licitud i els documents que s'adjunten, com també les facilitades als professionals que signen l'informe adjunt.
2. Que estic informat/ada que tinc l'obligació de comunicar qualsevol variació de les circumstàncies en un termini de 10 dies.
3. Que em comprometo a aportar els documents que es requereixin relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud.
4. Que estic informat/ada que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes podrà ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meva sol·licitud o l'atorgament de les prestacions econòmiques o de serveis, sense perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.
5. Que autoritzo a facilitar les meves dades al Servei de Valoració de la Dependència que s'assigni per a la meva valoració, així com als professionals que hauran de proposar el Programa Individual d'Atenció.
6. Que gaudeixo del servei i/o la prestació amb el suport públic següent:

---

Centre residencial

---

Centre de dia

---

Atenció domiciliària

---

Suport econòmic ICASS (PUA, viure en família, etc)

---

Altres

---

7. Que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.
8. **Autoritzo** el Departament de Benestar Social i Família a consultar les meves dades a altres administracions o organismes per comprovar si compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i pugui consultar-les durant la seva vigència.  
Si **no voleu** donar aquesta autorització, senyaleu la casella següent:
9. **Autoritzo** el Departament de Benestar Social i Família a facilitar les dades aportades quan una altra administració o organisme les requereixi per fer els tràmits en què sóc part interessada.  
Si **no voleu** donar aquesta autorització, senyaleu la casella següent:

---

Població

Data

---

Signatura de la persona dependent

Signatura de la persona representant legal

---

**Institut Català d'Assistència i Serveis Socials**

## Documentació que cal adjuntar a la sol·licitud

---

### Dades personals i administratives

---

- Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada del DNI/NIF o NIE de la persona en situació de dependència. (1)
- Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada del DNI/NIF o NIE de la persona representant legal, o CIF de l'entitat tutelar, si escau. (1)
- Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada del DNI/NIF o NIE de les persones menors de 18 anys. (1)
- Fotocòpia de la resolució judicial, en cas d'incapacitació o poder notarial, que acrediti la representació legal, si escau.
- Volant d'empadronament històric que justifiqui 5 anys de residència en territori espanyol, dels quals 2 anys han de ser immediatament anteriors a la data de presentació d'aquesta sol·licitud. (1)

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

---

(1) En cas que autoritzeu el Departament de Benestar Social i Família a consultar les vostres dades a una altra administració o organisme, no caldrà que aporteu aquesta documentació.

### Dades de salut

---

- Informe de salut original de menys de 2 anys on constin els diagnòstics vinculats amb la dependència, segons el MODEL 1 adjunt a aquest imprès de sol·licitud.

Aquest informe haurà de ser formalitzat, datat i signat pel/per la metge/essa de capçalera, pediatre/a o altres especialistes.

En cas d'estar ingressat en una residència o un centre sociosanitari, l'ha de sol·licitar als serveis mèdics del centre.

En cas d'estar vinculat a la xarxa de la discapacitat, als serveis mèdics, si n'hi ha.

En cas d'estar vinculat a la xarxa de salut mental, al/a la psiquiatre/a de salut mental de referència o als serveis mèdics de les unitats on està ingressat/ada.

---

### Documentació específica

---

- En cas de persona amb discapacitat que hagi estat valorada fora de Catalunya, fotocòpia del certificat de persona amb discapacitat amb barem de necessitat de tercera persona.
- En cas d'invalidesa permanent amb grau de gran invalidesa, fotocòpia de la notificació de la revalorització de pensió de l'any en curs o fotocòpia del certificat de l'INSS de la situació d'invalidesa permanent amb grau de gran invalidesa.
- En cas de persona emigrant retornada espanyola, documentació acreditativa d'aquesta condició (per ex., baixa consular o certificat de persona emigrant retornada expedit per la subdelegació del Govern), i documentació acreditativa de les pensions que cobri d'altres països.

---

### Comunicació del Departament de Benestar Social i Família a la persona sol·licitant

---

1. En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer de dades personals del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència per gestionar aquesta sol·licitud i fer-ne el seguiment.

La unitat responsable del fitxer és l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.

Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Direcció General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (plaça de Pau Vila, 1, 08039 Barcelona).

2. El termini màxim de resolució i notificació d'aquesta sol·licitud és de 3 mesos, a comptar de la data de registre d'entrada d'aquesta sol·licitud, i el sentit del silenci administratiu és desestimatori.

---

**Institut Català d'Assistència i Serveis Socials**

**Informe de salut per a la sol·licitud de reconeixement de la situació de dependència i del dret als serveis i prestacions vinculades**

**Dades d'identificació de la persona en situació de dependència**

Número d'afiliació a la Seg. Social	Nom	Primer cognom	Segon cognom
Tipus d'identificació <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> NIE	Número identificador del document – lletra		Número de la Targeta Sanitària (CIP)
Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil		
Data de naixement	Lloc de naixement	Nacionalitat	
Telèfon de contacte			

**Dades del/de la metge/essa que emet l'informe**

Nom	Primer cognom	Segon cognom
Núm. de col·legiat/ada	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 malalties principals, 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/de la metge/essa que emet l'informe

Data d'emissió:

(1) Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM).