

**SOLICITUD DE VALORACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE  
DEPENDENCIA Y DE ACCESO A LAS PRESTACIONES DEL SAAD**

N.º DE EXPEDIENTE:

**1. SOLICITANTE / BENEFICIARIO**

|  |           |                  |               |        |      |   |     |                                |      |        |
|--|-----------|------------------|---------------|--------|------|---|-----|--------------------------------|------|--------|
| PRIMER APELLIDO                                      |           | SEGUNDO APELLIDO |               | NOMBRE |      | <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasap./otro<br>N.º |     |                                |      |        |
| Fecha de nacimiento<br>Día      Mes      Año         |           | Nacionalidad     | Teléfono fijo |        |      | Teléfono móvil  |     |                                |      |        |
| Lugar donde se realizará la valoración (Calle/Plaza) |           |                  |               |        |      | N.º   | Bl. | Esc                            | Piso | Puerta |
| Código postal  | Localidad |                  | Provincia     |        | Sexo | <input type="checkbox"/> Hombre   |     | <input type="checkbox"/> Mujer |      |        |

**2. REPRESENTANTE**

|                                      |           |                  |           |        |  |   |     |      |      |  |  |
|--------------------------------------|-----------|------------------|-----------|--------|--|---|-----|------|------|--|--|
| PRIMER APELLIDO                      |           | SEGUNDO APELLIDO |           | NOMBRE |  | <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasap./otro<br>N.º |     |      |      |  |  |
| Domicilio (Calle/Plaza)              |           |                  |           |        |  | N.º   | Bl. | Esc. | Piso |  |  |
| Código postal                        | Localidad |                  | Provincia |        | TIPO DE REPRESENTACIÓN:<br><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL<br><input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO<br><input type="checkbox"/> PADRE/MADRE/TUTOR DE MENOR DE 18 AÑOS |   |     |      |      |  |  |
| Teléfono de contacto para citaciones |           |                  |           |        |  |   |     |      |      |  |  |

**3. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

|  |  |   |
|--|--|---|
| Si tiene reconocido el grado de minusvalía, indicar año y porcentaje               |  | Año<br>%  |
| Si tiene reconocida necesidad de asistencia de tercera persona, indicar puntuación |  |   |
| ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?                      |  | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

**4. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA**

|   |  |   |
|---|--|---|
| ¿Ha residido legalmente en España durante 5 años?                                     |  | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| De estos 5 años ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? |  |   |

## 5. OBSERVACIONES

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud,
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Aragonés de Servicios Sociales cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

**AUTORIZO:** a que el Gobierno de Aragón obtenga certificaciones de la Agencia Tributaria Estatal, Hacienda de la Comunidad Autónoma y Tesorería de la Seguridad Social sobre capacidad económica, así como a contrastar cuantos datos se estimen oportunos relativos a la tramitación del expediente con otros organismos públicos.

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

FIRMADO: .....

En calidad de:  Solicitante  Representante Legal  Padre/Madre  Guardador de Hecho

## 6. DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR A LA SOLICITUD

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte del solicitante.                                     | <input type="checkbox"/> Informe de salud (Anexo III).   | <input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento.                |
| <b>Otra documentación</b>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte del responsable legal o guardador.                   | <input type="checkbox"/> Fotocopia de la sentencia de incapacidad y nombramiento de representante legal. | <input type="checkbox"/> Declaración del guardador de hecho (Anexo II). |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Libro de Familia (menores de 18 años).                                 | <input type="checkbox"/> Certificado de gran invalidez.  | <input type="checkbox"/> Certificado de minusvalía.                     |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Oficina de Extranjeros de periodos de residencia legal en España. | <input type="checkbox"/> Certificado de Registro de Ciudadano de la UE.                                  | <input type="checkbox"/> Certificado de emigrante español retornado.    |

**Presentación de solicitudes:**

La solicitud, debidamente cumplimentada y acompañada de la documentación requerida, podrá presentarse en las Direcciones Provinciales del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Asimismo cabrá presentarla en cualquier oficina de registro de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como por cualquiera de los restantes medios establecidos en la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información del SAAD (SISAAD)", cuya finalidad es la gestión de las prestaciones sociales asociadas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El órgano responsable del fichero es la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Avenida de la Ilustración s/n 28029 Madrid, 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.

## Informe 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. Solicitante (se puede sustituir por una etiqueta autoadhesiva )**

|                  |            |                   |   |
|------------------|------------|-------------------|---|
| 1 Apellido       | 2 Apellido | Nombre            |   |
| Fecha Nacimiento | D.N.I.     | Tarjeta Sanitaria | Sexo<br><input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer |

**2. 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:**

|  | Diagnósticos | Fecha Diagnóstico | Código |
|--|--------------|-------------------|--------|
| Demencias y trastorno mental orgánico  |              |                   |        |
| Limitaciones sensoriales y afectación de la capacidad perceptivo cognitiva   |              |                   |        |
| Patología traumática o reumática   |              |                   |        |
| Trastornos graves del comportamiento   |              |                   |        |
| Otras Procesos y/o Patologías:<br>(Sistema nervioso, osteomusculares, respiratorios, cardiovasculares, retraso mental, genéticos, infecciosos, etc.) |              |                   |        |

\* Se podrán adjuntar los informes médicos disponibles

**3. Indique los tratamientos actuales, medidas de soporte funcional, ayudas técnicas, ortesis y prótesis prescritos \*:**

|                        |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|
| Farmacológicos         |  |  |  |
| Cuidados de enfermería |  |  |  |
| Higiénico-dietético    |  |  |  |
| Psicoterapéutico       |  |  |  |
| Rehabilitador          |  |  |  |
| Ayudas técnicas        |  |  |  |
| Otros                  |  |  |  |

¿El/la interesado/a es capaz de aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas?  SI  NO

\* Se podrán adjuntar los planes de tratamiento disponibles

**4. Indique si la situación actual de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses:**

Se mantendrá más o menos igual  Mejorará  Empeorará

**5. Indique si entre las patologías descritas, alguna de ellas cursa en brotes:**

|           |                                     |
|-----------|-------------------------------------|
| Patología | Frecuencia en el último año: brotes |
|-----------|-------------------------------------|

**6. Esta incluido en los siguientes programas:**

|   |        |
|---|--------|
| Atención a enfermos crónicos dependientes: tipo de cuidados | Otros: |
|---|--------|

**7. Observaciones:**

Aquellas de interés en relación con el estado de salud en relación a su dependencia no recogidas anteriormente, realización de otros test, etc.

**8. Identificación del profesional que emite el informe**

|                             |  |       |  |
|-----------------------------|--|-------|--|
| Nombre y apellidos:         |  |       |  |
| Organismo/ Centro de Salud: |  | Cargo |  |
| Firma:                      |  | Sello |  |

## SOLICITUD DE REVISIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

|                   |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|
| Nº DE EXPEDIENTE: |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|

### 1. SOLICITANTE / BENEFICIARIO

|  |                  |           |     |  |        |     |      |        |
|--|------------------|-----------|-----|--|--------|-----|------|--------|
| PRIMER APELLIDO                                      | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE    |     | <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasap./otro |        |     |      |        |
|  |                  |           | N.º |  |        |     |      |        |
| Lugar donde se realizará la valoración (Calle/Plaza) |                  |           |     | Nº   | Bloque | Esc | Piso | Puerta |
| Código postal  | Localidad        | Provincia |     | Teléfono   |        |     |      |        |

### 2. DATOS SOBRE EL RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA

|  |       |
|--|-------|
| Localidad donde se efectuó la valoración de su situación de dependencia: | Año   |
| Fecha de la resolución a revisar:  | Grado |
|  | Nivel |

### 3. OBSERVACIONES

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

FIRMADO

En calidad de :  Solicitante    Representante Legal    Padre/Madre    Guardador de Hecho

### DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR A LA SOLICITUD:

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Informe de salud original</b> , sellado y cumplimentado por profesional del Sistema Público de Salud <b>donde se reflejen los nuevos diagnósticos de salud que acrediten el empeoramiento o mejoría respecto a la situación anterior</b> , especificando si está pendiente de cita y/o tratamiento rehabilitador. En este supuesto deberá acreditar el alta para proceder a su valoración. | <input type="checkbox"/> Otros documentos:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|--|--|

#### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información del SAAD (SISAAD)", cuya finalidad es la gestión de las prestaciones sociales asociadas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El órgano responsable del fichero es la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Avenida de la Ilustración s/n 28029 Madrid, 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.

**DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL  
INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES DE**