

**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 N.º				
Fecha de nacimiento 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 N.º				
Domicilio (Calle/Plaza)			N.º	Bl.	Esc.	Piso	
Código postal	Localidad	Provincia	TIPO DE REPRESENTACIÓN: <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO <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 %
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?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

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 _____ 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.
Otra documentación		
<input type="checkbox"/> Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte del responsable legal o guardador.	<input type="checkbox"/> Fotocopia de la sentencia de incapacitación 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 <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: (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, ortésis 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:		
<input type="checkbox"/> Se mantendrá más o menos igual	<input type="checkbox"/> Mejorará	<input type="checkbox"/> Empeorará

5. Indique si entre las patologías descritas , alguna de ellas curso en brotes :		
Patología	Frecuencia en el último año:	brotes

6. Esta incluido en los siguientes programas :	
<input type="checkbox"/> Atención a enfermos crónicos dependientes: tipo de cuidados	<input type="checkbox"/> 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		Fecha 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"/> Informe de salud original , sellado y cumplimentado por profesional del Sistema Público de Salud donde se reflejen los nuevos diagnósticos de salud que acrediten el empeoramiento o mejoría respecto a la situación anterior , 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: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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**