

Tipo de solicitud:

Valoración Inicial

Valoración por Homologación

Traslado a Cantabria

I. PERSONA SOLICITANTE

1. DATOS PERSONALES

1 ^{er} apellido		2 ^o apellido			
Nombre		Nº Identificación		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro	
Fecha nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad		Estado civil	
Domicilio			número	bloque	escalera piso puerta
Localidad		Código postal	Teléfono fijo		Teléfono móvil
Dirección de correo electrónico					

2. DATOS DE LA PERSONA QUE LE REPRESENTA (Rellenar sólo si se actúa mediante representación)

Representante Legal Padre/Madre del menor Guardador/a de hecho Persona autorizada

1 ^{er} apellido		2 ^o apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento		Nº Identificación		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro	
Domicilio			número	bloque	escalera piso puerta
Localidad		C. Postal	Teléfono fijo		Relación con interesado

Deseo que las notificaciones se realicen en el domicilio de la persona representante

3. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

¿Ha solicitado en otra Comunidad Autónoma el reconocimiento de la situación de dependencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es afirmativa indique la provincia en la que lo solicitó			
¿Tiene reconocido el grado de discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es afirmativa indique el grado		%	Provincia
¿Tiene reconocida la necesidad de tercera persona para los actos de la vida diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es afirmativa indique Provincia		Fecha de reconocimiento	Puntos ATP
¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es afirmativa indique Provincia			Fecha de reconocimiento

4. DATOS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

¿Ha residido legalmente en España durante 5 años, de los cuales 2 han sido inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa indique:		
Periodos	Municipio	Provincia/Comunidad
¿Es usted emigrante retornado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Indique fecha del retorno definitivo:

* Si es menor de cinco años, los datos se referirán a la/s persona/s que ejerza/n la guarda y custodia del menor.

5. DATOS DE CONVIVENCIA (Indique las personas con las que convive actualmente)

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	Fecha de Nacimiento	Relación con la persona solicitante

6. ATENCIÓN QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Si recibe atención de los servicios sociales, indique cuáles y las Entidades que los prestan:	
<input type="checkbox"/> Teleasistencia
<input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio horas/día
<input type="checkbox"/> Centro de día
<input type="checkbox"/> Centro de noche
<input type="checkbox"/> Centro residencial
<input type="checkbox"/> Asistente personal

7. ATENCIÓN PRESTADA POR CUIDADOR/A NO PROFESIONAL DEL ENTORNO FAMILIAR

Si recibe cuidados en la actualidad indique los datos de su persona cuidadora

1 ^{er} apellido		2 ^o apellido		
Nombre		Nº Identificación		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro
Fecha nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Nacionalidad	Estado civil	Relación de parentesco
Domicilio			número	bloque
			escalera	piso
			puerta	
Localidad	Código postal	Teléfono fijo		Teléfono móvil

8. SERVICIOS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

En el supuesto de que le fuera reconocida la situación de dependencia indique los servicios o prestaciones económicas que usted considere más adecuados a su situación numerándolos del 1 al 8.

	Servicios de promoción de la autonomía personal
	Servicio de teleasistencia
	Servicio de ayuda a domicilio
	Servicio de centro de día
	Servicio de centro de noche
	Servicio de atención residencial
	Prestación económica para cuidados en entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
	Prestación económica de asistencia personal

II. CAPACIDAD ECONÓMICA

SITUACIÓN ECONÓMICA Y PATRIMONIAL DE LA PERSONA SOLICITANTE

Régimen económico: Gananciales Separación de Bienes Otros. Citar:

DATOS REFERIDOS A LA RENTA

9. RENTAS DEL TRABAJO, PENSIONES, PRESTACIONES SOCIALES Y EQUIVALENTES

Rentas de trabajo y otros	Cuantía anual	Empresa, organismo o persona
Tipo de pensión o prestación social	Cuantía anual	Entidad pagadora (INSS, ISFAS, MUGEJU, MUFACE)
Pensiones de otros Países	Cuantía anual	País que la reconoce

Indique si percibe pensión de gran invalidez, complemento de la prestación por hijo a cargo, complemento por necesidad de tercera persona de la pensión de invalidez no contributiva, o subsidio de ayuda a tercera persona.

10. OTRAS RENTAS

Rentas de capital mobiliario e inmobiliario, rentas derivadas de actividades económicas, y ganancias y plusvalías patrimoniales	Cuantía anual

DATOS REFERIDOS AL PATRIMONIO

¿Realiza Declaración del Impuesto sobre el Patrimonio? SÍ NO (En caso afirmativo adjunte copia de la misma)

11. CAPITAL MOBILIARIO

Indique las cuentas bancarias, depósitos, acciones y otros productos financieros de las que sea titular

Nombre de la entidad	Número de cuenta/contrato	Saldo medio último ejercicio

12. BIENES INMUEBLES INCLUIDA LA VIVIENDA HABITUAL Y OTROS DERECHOS DE CONTENIDO ECONÓMICO

Concepto	Valor	Deudas y obligaciones

13. DISPOSICIONES PATRIMONIALES

Si ha realizado ventas o donaciones de bienes en los cuatros años anteriores a la solicitud a favor de su cónyuge, persona de análoga relación o parientes hasta cuarto grado, cumplimente las siguientes casillas:

Concepto	Valor

FIRMA POR LA PERSONA SOLICITANTE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, y manifiesto que quedo enterado/a de la obligación de comunicar cualquier variación que en los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, así como de facilitar el seguimiento y control por parte de la Administración de las prestaciones que me pudieran corresponder, incluido el acceso a mi domicilio.

.... **AUTORIZO** al Instituto Cántabro de Servicios Sociales a consultar de forma telemática o a través de otros medios, datos de identidad, de residencia, de discapacidad, sanitarios y de dependencia, así como datos económicos y patrimoniales necesarios para la determinación de la capacidad económica procedentes de la Agencia Tributaria, Entidades gestoras de los distintos regímenes de Seguridad Social, Dirección General del Catastro, y otros organismos públicos, y a recabar de los mismos la documentación precisa para la tramitación de esta solicitud (*si no desea autorizar escriba "NO" en la línea de puntos en cuyo caso deberá aportar documentación adicional*).

En a de de 20.....

Antes de firmar, se recomienda que lea atentamente la información sobre protección de datos personales incluida en este mismo documento, en el recuadro "Información básica sobre Protección de Datos Personales".

Fdo.:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa:	
Tratamiento	SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN CANTABRIA
Responsable del tratamiento	Directora del Instituto Cántabro de Servicios Sociales, organismo con domicilio en General Dávila 87, 39006 Santander.
Finalidad	Gestión del reconocimiento del grado de dependencia y del acceso a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
Legitimación	El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
Destinatarios	Los datos personales facilitados en este formulario, en su caso y exclusivamente para trámites relacionados con la finalidad antes indicada, podrán comunicarse a los siguientes órganos encargados del tratamiento: IMSERSO, Dirección General de Organización y Tecnología, Servicios Sociales de Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud, Fundación Cántabra Salud y Bienestar Social, Entidades colaboradoras del ICASS, y los órganos de Control establecidos en la Ley.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y resto de derechos que se explican en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente página web: http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=proteccion-de-datos