

## I. COMUNIDAD DE MADRID

### C) Otras Disposiciones

#### Consejería de Asuntos Sociales

- 20** *RESOLUCIÓN 28/2011, de 20 de diciembre, del Director General de Coordinación de la Dependencia, por la que se modifica el modelo de solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y se establecen nuevos Anexos para la elaboración del Programa Individual de Atención.*

La disposición final primera de la Orden 625/2010, de 21 de abril, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención, establece que “se habilita al órgano competente en materia de dependencia para modificar los modelos de solicitud y Anexos reguladores en esta Orden, así como establecer nuevos modelos necesarios para la tramitación de los procedimientos regulados por la presente”. Idéntica redacción tiene la disposición final primera de la Orden 626/2010, de 21 de abril, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regula la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales para personas en situación de dependencia de la Comunidad de Madrid.

De esta forma y siendo el órgano competente en materia de dependencia la Dirección General de Coordinación de la Dependencia (artículo 9 del Decreto 11/2011, de 16 de junio, por el que se establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid, y Decreto 99/2011, de 7 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Asuntos Sociales),

#### RESUELVO

##### Primero

###### *Artículo único*

Modificar el modelo de solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia aprobado como Anexo a la Orden 625/2010, de 21 de abril, así como el Anexo I de la Orden 626/2010, de 21 de abril, en el que se declaran los servicios recibidos y se recoge la preferencia de los solicitantes para la elaboración del Programa Individual de Atención (trámite de consulta).

##### Segundo

Los nuevos modelos entrarán en vigor el día 1 de enero de 2012.

Madrid, a 20 de diciembre de 2011.—El Director General de Coordinación de la Dependencia, Miguel Ángel García Martín.



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**Solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia**

**1.- Datos de el/la solicitante:**

|                   |             |            |                                                                |                    |        |
|-------------------|-------------|------------|----------------------------------------------------------------|--------------------|--------|
| NIF / NIE         |             |            | Nombre                                                         |                    |        |
| Primer apellido   |             |            | Segundo apellido                                               |                    |        |
| Fecha nacimiento  |             |            | Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer | Estado civil       |        |
| NIF / NIE cónyuge |             |            | Nombre y Apellidos cónyuge                                     |                    |        |
| Nacionalidad      |             |            | Segunda nacionalidad                                           |                    |        |
| Domicilio         | Tipo de vía |            |                                                                | Nombre de vía      |        |
| Número            |             | Bloque     |                                                                | Escalera           |        |
|                   |             |            |                                                                | Piso               |        |
| CP                |             | Localidad  |                                                                | Provincia          | MADRID |
| Tfno fijo         |             | Tfno móvil |                                                                | Correo electrónico |        |

**2.- Datos de el/la representante:**

|                          |  |            |                  |                      |                                                   |
|--------------------------|--|------------|------------------|----------------------|---------------------------------------------------|
| NIF / NIE                |  |            | Nombre           |                      |                                                   |
| Primer apellido          |  |            | Segundo Apellido |                      |                                                   |
| Tfno fijo                |  | Tfno móvil |                  | Correo electrónico   |                                                   |
| Relación con solicitante |  |            |                  | Representante legal: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

**3.- Medio de notificación:**

|                       |                                                                                                                                                     |  |        |               |          |      |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|---------------|----------|------|
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid) |  |        |               |          |      |
| <input type="radio"/> | Deseo ser notificado/a por correo certificado                                                                                                       |  |        |               |          |      |
|                       | Tipo de vía                                                                                                                                         |  |        | Nombre de vía |          |      |
|                       | Número                                                                                                                                              |  | Bloque |               | Escalera |      |
|                       |                                                                                                                                                     |  |        |               | Piso     |      |
|                       | Localidad                                                                                                                                           |  |        | Provincia     |          | País |

**4.- Otros datos de el/la solicitante:**

**4.1.- Datos sobre la situación de dependencia:**

|                                                                                 |   |                                   |   |                                          |     |                                             |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------|---|------------------------------------------|-----|---------------------------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene reconocido grado de discapacidad?                                        |   |                                   |   | <input type="radio"/> Sí                 | Año |                                             | <input type="radio"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de discapacidad y el porcentaje: |   |                                   |   |                                          |     |                                             |                          |
| <input type="radio"/> Física                                                    | % | <input type="radio"/> Intelectual | % | <input type="radio"/> Física-Intelectual | %   | <input type="radio"/> Enfermedad mental (*) |                          |
| ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona (ATP)?          |   |                                   |   | <input type="radio"/> Sí                 | Año |                                             | <input type="radio"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa, indique los puntos ATP que tiene reconocidos     |   |                                   |   |                                          |     |                                             |                          |
| ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?                   |   |                                   |   | <input type="radio"/> Sí                 | Año |                                             | <input type="radio"/> No |

(\*) Si se señala esta opción no habrá que cumplimentar la ficha de trámite de consulta, ya que el acceso al servicio de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario para personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica se realiza a través de los servicios de salud mental.

**4.2.- Datos sobre prestaciones públicas:**

|                                                                                                   |         |                 |                                                                                                                               |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona? |         |                 |                                                                                                                               | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa indique:                                                            |         |                 |                                                                                                                               |                          |                          |
| NOMBRE Y APELLIDOS PERCEPTOR                                                                      | NIF/NIE | CUANTÍA MENSUAL | ENTIDAD QUE LA RECONOCE                                                                                                       |                          |                          |
|                                                                                                   |         |                 | <input type="radio"/> INSS <input type="radio"/> ISFAS <input type="radio"/> MUFACE <input type="radio"/> MUGEJU (Reg. Gral.) |                          |                          |
| ¿Percibe algún tipo de prestación pública de algún Régimen Especial de la Seguridad Social?       |         |                 |                                                                                                                               | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa indique:                                                            |         | CUANTIA MENSUAL | ENTIDAD QUE LA RECONOCE                                                                                                       |                          |                          |
|                                                                                                   |         |                 | <input type="radio"/> ISFAS <input type="radio"/> MUFACE <input type="radio"/> MUGEJU                                         |                          |                          |



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### 5.- Documentación requerida:

| TIPO DE DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se aporta en la solicitud | Autorizo Consulta (*) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| NIF/NIE del solicitante en vigor                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| NIF/NIE del representante en vigor, en su caso                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Certificado/s de <b>empadronamiento</b> que acredite/n que el solicitante reside en un municipio de la Comunidad de Madrid, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud                                   | <input type="checkbox"/>  |                       |
| En el caso de <b>extranjeros no comunitarios</b> , certificado del Ministerio del interior que acredite que el solicitante dispone de <b>residencia legal en España</b> , y que la ha tenido al menos por cinco años, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud | <input type="checkbox"/>  |                       |
| Informe de salud actualizado                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>  |                       |
| Informe social (aportar por la entidad local)                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>  |                       |

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

### 6.- Entidad bancaria (\*):

| Entidad | Oficina | D.C | Número de Cuenta |
|---------|---------|-----|------------------|
|         |         |     |                  |

(\*) En la cuenta aportada debe aparecer como **titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia**.

Con la firma de esta solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en esta cuenta corriente/libreta de ahorro las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, como pago de la estancia en un centro de atención residencial a personas mayores perteneciente a la red pública de la Comunidad de Madrid.

### 7.- Declaración del solicitante / representante:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>(Marque la casilla si está conforme)</b></p> <p><b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.</li> <li>- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.</li> <li>- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.</li> </ul> |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

☐ No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, 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.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En ....., a ..... de ..... de .....

### FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

### DESTINATARIO

Consejería de Asuntos Sociales  
Dirección General de Coordinación de la Dependencia



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención para menores de 0 a 6 años

1.-La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                              | Denominación /domicilio                                                                             | Tipo de plaza<br>(pública/privada) | Aportación económica<br>del usuario |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                      |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                          |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                                  | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes  |
| <input type="checkbox"/> Centro de Atención Temprana                                         |                                                                                                     |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes  |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial:                                   |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                          |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o<br>socioeducativos (especificar): |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                          |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por la siguiente prestación

☐ **PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES A TIEMPO COMPLETO, compatible con el servicio de ATENCIÓN TEMPRANA.**

*Si selecciona esta opción, no olvide cumplimentar el **anexo del cuidador***

☐ **PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA**

3.- Declaración del solicitante / representante:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>(Marque la casilla si está conforme)</p> <p><b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.</li> <li>- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.</li> <li>- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.</li> </ul> |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En ....., a..... de..... de.....

**FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE**

**FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL**

(si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales)

Nombre y apellidos:

Tfno de contacto:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

|                     |                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESTINATARIO</b> | Consejería de Asuntos Sociales<br>Dirección General de Coordinación de la Dependencia |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a plazas de atención residencial para personas mayores

1.-La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                           | Denominación / domicilio                                                                            | Tipo de plaza<br>(pública/privada) | Aportación económica<br>del usuario  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                   |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                               | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna                                      |                                                                                                     |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional                                               |                                                                                                     |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial                                 |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar): |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por el **SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES**

\* Esta preferencia sólo podrá ser tenida en cuenta si de la valoración resulta una situación de dependencia severa o de gran dependencia.

El solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia debe cumplir con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder a este tipo de recurso.

3.- Datos de la plaza de atención residencial de mayores que se solicita como preferencia:

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de Financiación:</b><br><input type="radio"/> Total<br><input type="radio"/> Parcial<br><input type="radio"/> Indiferente<br>Utiliza silla de ruedas: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí                                          | <b>Solicitud de plaza:</b><br><input type="radio"/> Individual: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer<br><input type="radio"/> Conjunta:<br>Nombre y Apellidos:<br>DNI/NIE: Parentesco:<br>F.Nacimiento: Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer |
| ¿Está ya ingresado en algún centro residencial? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí<br>Si la respuesta es afirmativa, indique cuál:                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Zona preferencia</b> (indicar del 1º al 3º): <input type="checkbox"/> General (C.M.) <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Este <input type="checkbox"/> Madrid capital |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

En caso de no señalar ninguna opción, se entenderá que el tipo de financiación es indiferente, la plaza solicitada individual (hombre o mujer, según corresponda) y la zona de preferencia toda la Comunidad de Madrid.

4.- Prestación transitoria hasta la adjudicación de la plaza de atención residencial (marcar sólo una opción):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo completo<br>(Cuando el solicitante desee ser atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno y no disfrute de servicio de atención diurna o de ayuda a domicilio)<br>Si selecciona esta opción, no olvide cumplimentar el <b>anexo del cuidador</b>                                                                                                      |
| <input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio<br>(Cuando el solicitante se encuentre o desee ser atendido de forma privada en cualquier centro o recurso del catálogo a que tenga derecho en función del grado y nivel de dependencia reconocido )<br>Si selecciona esta opción, deberá entregar al proveedor del servicio el <b>cheque-servicio</b> que recibirá junto a la resolución de su Programa Individual de Atención |
| <input type="radio"/> Mantenerse en el actual servicio público/concertado de atención diurna o de ayuda a domicilio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
**CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES**

## Comunidad de Madrid

**5.- Declaración del solicitante / representante:**

☐ (Marque la casilla si está conforme)

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.
- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En ..... a ..... de ..... de .....

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</b> |
|                                          |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <b>FIRMA CÓNYUGE</b> (si el estado civil es “casado”) (1) |
|                                                           |

(1) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos económicos necesarios para el cálculo de la capacidad económica del solicitante y su aportación al coste del servicio.

|                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL</b><br/>         (si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales)</p> |
| <p>Nombre y apellidos:</p> <p>Tfno de contacto:</p>                                                                           |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero “Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)”, cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

|                     |                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESTINATARIO</b> | Consejería de Asuntos Sociales<br>Dirección General de Coordinación de la Dependencia |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a plazas de atención diurna para personas mayores

1.-La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                           | Denominación / domicilio                                                                            | Tipo de plaza (pública/privada) | Aportación económica del usuario     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                   |                                                                                                     |                                 | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                               | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales |                                 | Nº horas / mes:.....<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna                                      |                                                                                                     |                                 | Nº días / semana:.....<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional                                               |                                                                                                     |                                 | Nº días / semana:.....<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial                                 |                                                                                                     |                                 | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar): |                                                                                                     |                                 | -----€/mes                           |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por el **SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES**, compatible con

☐ **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO NO INTENSIVO** ☐ **TELEASISTENCIA**

El solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia debe cumplir con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder a estos recursos.

3.- Datos de la plaza de atención diurna para personas mayores que se solicita como preferencia:

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Utiliza silla de ruedas: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí                                                                                                     | Intensidad: <input type="radio"/> Intensivo (de L a V) <input type="radio"/> No intensivo (2-3 días/ semana) |
| ¿Está ya ingresado en algún centro de atención diurna? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ( <input type="radio"/> Intensivo <input type="radio"/> No intensivo) |                                                                                                              |
| Si la respuesta es afirmativa, indique cuál:                                                                                                                                   |                                                                                                              |
| Domicilio a efectos de adjudicación del centro de día:                                                                                                                         |                                                                                                              |
| Centro de servicios sociales de referencia:                                                                                                                                    |                                                                                                              |

En caso de no señalar ninguna opción, se entenderá que el servicio es intensivo.

4.- Prestación transitoria hasta la adjudicación de la plaza de atención diurna (marcar sólo una opción):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo completo<br><i>(Cuando el solicitante desee ser atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno y no disfrute de servicio de atención diurna o de ayuda a domicilio)</i><br><i>Si selecciona esta opción, no olvide cumplimentar el <b>anexo del cuidador</b></i>                                                                                                      |
| <input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio<br><i>(Cuando el solicitante se encuentre o desee ser atendido de forma privada en cualquier centro o recurso del catálogo a que tenga derecho en función del grado y nivel de dependencia reconocido )</i><br><i>Si selecciona esta opción, deberá entregar al proveedor del servicio el <b>cheque-servicio</b> que recibirá junto a la resolución de su Programa Individual de Atención</i> |
| <input type="radio"/> Mantenerse en el actual servicio público/concertado de atención diurna y/o de ayuda a domicilio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
**CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES**

## Comunidad de Madrid

**5.- Declaración del solicitante / representante:**

☐ (Marque la casilla si está conforme)

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.
- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En ..... a ..... de ..... de .....

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</b> |
|                                          |

|                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL</b><br>(si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales) |  |
| Nombre y apellidos:<br>Tfno de contacto:                                                                     |  |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

|                     |                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESTINATARIO</b> | Consejería de Asuntos Sociales<br>Dirección General de Coordinación de la Dependencia |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a plazas de atención residencial para personas con algún tipo de discapacidad

1.-La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                           | Denominación / domicilio                                                                            | Tipo de plaza<br>(pública/privada) | Aportación económica<br>del usuario  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                   |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                               | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna                                      |                                                                                                     |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional                                               |                                                                                                     |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial                                 |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos ambulatorios                                        |                                                                                                     |                                    | Nº horas/ semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio socioeducativo (transición a la vida adulta, ...)       |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar): |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por el **SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD**

\* Esta preferencia sólo podrá ser tenida en cuenta si de la valoración resulta una situación de dependencia severa o de gran dependencia.

El solicitante debe cumplir con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder a este tipo de recurso.

3.- Datos de la plaza de atención residencial para personas con algún tipo de discapacidad que se solicita como preferencia:

|                                                                            |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de plaza (elija sólo una opción)</b>                               |                                                         |
| <input type="radio"/> Discapacidad intelectual                             | <input type="radio"/> Discapacidad física y/o sensorial |
| Utiliza silla de ruedas: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |                                                         |
| <b>Centro/s de preferencia:</b>                                            | <b>Municipio</b>                                        |
| 1.-                                                                        |                                                         |
| 2.-                                                                        |                                                         |
| 3.-                                                                        |                                                         |

4.- Prestación transitoria hasta la adjudicación de la plaza de atención residencial (marcar sólo una opción):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo completo<br><i>(Cuando el solicitante desee ser atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno y no disfrute de servicio de atención diurna o de ayuda a domicilio)</i><br><i>Si selecciona esta opción, no olvide cumplimentar el <b>anexo del cuidador</b></i>                                                                                                      |
| <input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio<br><i>(Cuando el solicitante se encuentre o desee ser atendido de forma privada en cualquier centro o recurso del catálogo a que tenga derecho en función del grado y nivel de dependencia reconocido )</i><br><i>Si selecciona esta opción, deberá entregar al proveedor del servicio el <b>cheque-servicio</b> que recibirá junto a la resolución de su Programa Individual de Atención</i> |
| <input type="radio"/> Mantenerse en el actual servicio público/concertado de atención diurna y/o de ayuda a domicilio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### 5.- Declaración del solicitante / representante:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>(Marque la casilla si está conforme)</p> <p><b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.</li><li>- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.</li><li>- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.</li></ul> |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En ....., a..... de..... de.....

#### FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE

#### FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL

(si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales)

Nombre y apellidos:

Tfno de contacto:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

#### DESTINATARIO

Consejería de Asuntos Sociales  
Dirección General de Coordinación de la Dependencia



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a la prestación económica de asistencia personal

1.-La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                           | Denominación / domicilio                                                                                                           | Tipo de plaza<br>(pública/privada) | Aportación económica<br>del usuario  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                   |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                               | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales                                |                                    | Nº horas / mes:.....<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna:                                     | <input type="radio"/> Personas mayores<br><input type="radio"/> Menores de 65 años<br><input type="radio"/> Atención especializada |                                    | Nº días / semana:.....<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional                                               |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Centro de Atención Temprana                                      |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial:                                | <input type="radio"/> Personas mayores<br><input type="radio"/> Personas con discapacidad                                          |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos ambulatorios                                        |                                                                                                                                    |                                    | Nº horas/ semana:.....<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio socioeducativo (transición a la vida adulta, ...)       |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Programa de Vida Independiente                                   |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar): |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por la **PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL**, compatible con

#### ☐ TELEASISTENCIA

La preferencia por esta prestación económica sólo será tenida en cuenta si se reconoce una situación de gran dependencia (grado III).

En caso de no resultar una situación de dependencia en Grado III o de no cumplir los requisitos previstos en la normativa para esta prestación, señalar una de las siguientes opciones:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo completo<br><i>(Cuando el solicitante desee ser atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno y no disfrute de servicio de atención diurna o de ayuda a domicilio)</i><br><b>Si selecciona esta opción, no olvide cumplimentar el <u>anexo del cuidador</u></b>                                                                                                      |
| <input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio<br><i>(Cuando el solicitante se encuentre o desee ser atendido de forma privada en cualquier centro o recurso del catálogo a que tenga derecho en función del grado y nivel de dependencia reconocido )</i><br><b>Si selecciona esta opción, deberá entregar al proveedor del servicio el <u>cheque-servicio</u> que recibirá junto a la resolución de su Programa Individual de Atención</b> |
| <input type="radio"/> Mantenerse en el actual servicio público/concertado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="radio"/> Continuar siendo beneficiario del Programa de Vida Independiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
**CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES**

## Comunidad de Madrid

**3.- Declaración del solicitante / representante:**

☐ (Marque la casilla si está conforme)

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.
- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En ..... a ..... de ..... de .....

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</b> |
|                                          |

|                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL</b><br>(si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales) |  |
| Nombre y apellidos:<br>Tfno de contacto:                                                                     |  |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero “Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)”, cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

|                     |                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESTINATARIO</b> | Consejería de Asuntos Sociales<br>Dirección General de Coordinación de la Dependencia |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a plazas de atención diurna para personas con algún tipo de discapacidad

1.- La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                           | Denominación / domicilio                                                                            | Tipo de plaza<br>(pública/privada) | Aportación económica<br>del usuario  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                   |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                               | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna                                      |                                                                                                     |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional                                               |                                                                                                     |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial                                 |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos ambulatorios                                        |                                                                                                     |                                    | Nº horas/ semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio socioeducativo (transición a la vida adulta, ...)       |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar): |                                                                                                     |                                    | -----€/mes                           |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por el **SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD**, compatible con

☐ **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO NO INTENSIVO** ☐ **TELEASISTENCIA**

El solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia debe cumplir con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder a este tipo de recurso.

3.- Datos de la plaza de atención diurna para personas con algún tipo de discapacidad que se solicita como preferencia:

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de plaza (marque sólo una opción):</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                     |
| <b>Discapacidad intelectual:</b><br><input type="radio"/> Centro de Día (CD)<br><input type="radio"/> Centro Ocupacional (CO)<br><input type="radio"/> Tratamientos ambulatorios | <b>Discapacidad Física y/o sensorial:</b><br><input type="radio"/> Centro de Día<br><input type="radio"/> Tratamientos ambulatorios |
| <b>Utiliza silla de ruedas:</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                                                |                                                                                                                                     |
| <b>Centro/s de preferencia:</b>                                                                                                                                                  | <b>Municipio:</b>                                                                                                                   |
| 1.-                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                     |
| 2.-                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                     |
| 3.-                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                     |

4.- Prestación transitoria hasta la adjudicación de la plaza de atención residencial (marcar sólo una opción):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo completo<br><i>(Cuando el solicitante desee ser atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno y no disfrute de servicio de atención diurna o de ayuda a domicilio)</i><br><b>Si selecciona esta opción, no olvide cumplimentar el anexo del cuidador</b>                                                                                                     |
| <input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio<br><i>(Cuando el solicitante se encuentre o desee ser atendido de forma privada en cualquier centro o recurso del catálogo a que tenga derecho en función del grado y nivel de dependencia reconocido)</i><br><b>Si selecciona esta opción, deberá entregar al proveedor del servicio el cheque-servicio que recibirá junto a la resolución de su Programa Individual de Atención</b> |
| <input type="radio"/> Mantenerse en el actual servicio público/concertado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
**CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES**

## Comunidad de Madrid

**5.- Declaración del solicitante / representante:**

☐ (Marque la casilla si está conforme)

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.
- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.

En ..... a ..... de ..... de .....

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</b> |
|                                          |

|                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL</b><br>(si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales) |  |
| Nombre y apellidos:<br>Tfno de contacto:                                                                     |  |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero “Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)”, cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

|                     |                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESTINATARIO</b> | Consejería de Asuntos Sociales<br>Dirección General de Coordinación de la Dependencia |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a los servicios de ayuda a domicilio intensivo y teleasistencia

1.-La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                           | Denominación / domicilio                                                                                                           | Tipo de plaza<br>(pública/privada) | Aportación económica<br>del usuario  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                   |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                               | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales                                |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna                                      | <input type="radio"/> Personas mayores<br><input type="radio"/> Menores de 65 años<br><input type="radio"/> Atención especializada |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional                                               |                                                                                                                                    |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro de Atención Temprana                                      |                                                                                                                                    |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial                                 | <input type="radio"/> Personas mayores<br><input type="radio"/> Personas con discapacidad                                          |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar): |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por el **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO INTENSIVO**, compatible con

#### ☐ TELEASISTENCIA

El solicitante debe cumplir con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder a ambos recursos.

3.- Prestación transitoria hasta la puesta en marcha del servicio (marcar sólo una opción):

☐ Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio  
*(Cuando el solicitante se encuentre o desee ser atendido de forma privada en cualquier centro o recurso del catálogo a que tenga derecho en función del grado y nivel de dependencia reconocido )*  
*Si selecciona esta opción, deberá entregar al proveedor del servicio el **cheque-servicio** que recibirá junto a la resolución de su Programa Individual de Atención*

☐ Mantenerse en el actual servicio público/concertado de atención diurna o de ayuda a domicilio

4.- Declaración del solicitante / representante:

☐ (Marque la casilla si está conforme)  
**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.
- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanto información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

En ....., a..... de..... de.....

**FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE****FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL**

(si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales)

Nombre y apellidos:

Tfno de contacto:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

**DESTINATARIO**

Consejería de Asuntos Sociales  
Dirección General de Coordinación de la Dependencia



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar

1.-La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                           | Denominación / domicilio                                                                                                           | Tipo de plaza<br>(pública/privada) | Aportación económica<br>del usuario  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                   |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                               | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales                                |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna:                                     | <input type="radio"/> Personas mayores<br><input type="radio"/> Menores de 65 años<br><input type="radio"/> Atención especializada |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional                                               |                                                                                                                                    |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro de Atención Temprana                                      |                                                                                                                                    |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial:                                | <input type="radio"/> Personas mayores<br><input type="radio"/> Personas con discapacidad                                          |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos ambulatorios                                        |                                                                                                                                    |                                    | Nº horas/ semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio socioeducativo (transición a la vida adulta, ...)       |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar): |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por la **PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES**, en su modalidad de

☐ **TIEMPO COMPLETO**, compatible con ☐ **TELEASISTENCIA**

☐ **TIEMPO PARCIAL**, compatible con ☐ **TELEASISTENCIA** y (marque sólo una opción)

☐ **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO NO INTENSIVO**

☐ **SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA NO INTENSIVO**

El solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia debe cumplir con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder a este tipo de recurso.

En cualquiera de las modalidades, no olvide adjuntar el **anexo del cuidador** debidamente firmado y cumplimentado

En caso de reconocimiento de dependencia moderada (Grado I) esta prestación se reconocerá siempre a tiempo completo. De la misma forma, se reconocerá a tiempo completo si se marcan las dos modalidades, o si no se marcan servicios compatibles.

### 3.- Declaración del solicitante / representante:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>(Marque la casilla si está conforme)</p> <p><b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.</li> <li>- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.</li> <li>- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.</li> </ul> |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

En ....., a..... de..... de.....

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE</b> |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL</b>                                         |
| (si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales) |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                 |

Nombre y apellidos:

Tfno de contacto:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

|                     |                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESTINATARIO</b> | Consejería de Asuntos Sociales<br>Dirección General de Coordinación de la Dependencia |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

## Comunidad de Madrid

### Trámite de consulta para la elaboración del Programa Individual de Atención y acceso a la prestación económica vinculada al servicio

1.-La persona solicitante del reconocimiento de la situación de dependencia recibe en la actualidad los siguientes **SERVICIOS**:

| Servicio/Centro                                                                           | Denominación /domicilio                                                                                                            | Tipo de plaza<br>(pública/privada) | Aportación económica<br>del usuario  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teleasistencia                                                   |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:                                               | <input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar<br><input type="checkbox"/> Cuidados personales                                |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Atención Diurna:                                     | <input type="radio"/> Personas mayores<br><input type="radio"/> Menores de 65 años<br><input type="radio"/> Atención especializada |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro Ocupacional                                               |                                                                                                                                    |                                    | Nº días / semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Centro de Atención Temprana                                      |                                                                                                                                    |                                    | Nº horas / mes:-----<br>-----€/mes   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial:                                | <input type="radio"/> Personas mayores<br><input type="radio"/> Personas con discapacidad                                          |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos ambulatorios                                        |                                                                                                                                    |                                    | Nº horas/ semana:-----<br>-----€/mes |
| <input type="checkbox"/> Servicio socioeducativo (transición a la vida adulta, ...)       |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociosanitarios o socioeducativos (especificar): |                                                                                                                                    |                                    | -----€/mes                           |

2.- Dentro de la tipología de servicios y prestaciones del Catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta el calendario de aplicación de la Ley así como el régimen de compatibilidades, la persona en situación de dependencia o su representante, manifiesta su **PREFERENCIA** por la **PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA A CUALQUIER SERVICIO DEL CATÁLOGO** al que pueda tener derecho según el grado y nivel de dependencia que se reconozca:

- ☐ **ATENCIÓN RESIDENCIAL** (sólo si se reconoce una situación de dependencia severa o de gran dependencia)
- ☐ **ATENCIÓN DIURNA**
- ☐ **AYUDA A DOMICILIO**
- ☐ **PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL**
- ☐ **TELEASISTENCIA**

(se podrá señalar más de una opción, siempre que los servicios sean compatibles entre sí, y el proveedor de todos ellos sea el mismo)

### 3.- Declaración del solicitante / representante:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>(Marque la casilla si está conforme)</p> <p><b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. La ocultación o falsedad en los datos o informaciones que figuran en la solicitud así como en la documentación que se acompaña podrán ser consideradas causa suficiente para proceder al archivo de la solicitud, previa resolución motivada del órgano competente.</li> <li>- Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que pueda tener derecho.</li> <li>- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.</li> </ul> |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Con la firma de esta solicitud doy mi consentimiento para que se puedan ceder los datos personales que figuran en mi expediente a la entidad gestora del servicio y/o prestación económica reconocidos en el Programa Individual de Atención.



Dirección General de Coordinación  
de la Dependencia  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

En ....., a..... de..... de.....

**FIRMA SOLICITANTE / REPRESENTANTE****FIRMA TRABAJADOR/A SOCIAL**

(si la solicitud se ha tramitado por los servicios sociales municipales)

Nombre y apellidos:

Tfno de contacto:

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm)). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 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.

**DESTINATARIO**

Consejería de Asuntos Sociales  
Dirección General de Coordinación de la Dependencia

Modelo: 1283FA10

(03/43.681/11)