



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



Fecha Entrada Solicitud

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

(Antes de cumplimentar la solicitud lea atentamente las instrucciones consignadas al dorso)

I PERSONA INTERESADA

1. DATOS PERSONALES

| | | | | | | | | |
|---|------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------|--------|---------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> DNI/NIF | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro | | | |
| FECHA NACIMIENTO Día Mes Año | | SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | NACIONALIDAD | | ESTADO CIVIL | | | |
| DOMICILIO (Calle / Plaza) | | | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD | | | PROVINCIA | | COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA | | | |
| TELÉFONO FIJO | | TELÉFONO MÓVIL | | CORREO-E | | | | |
| ¿ TIENE SEGURIDAD SOCIAL ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario | | Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL | | Nº TARJETA SANITARIA | | |

2. PRESENTACIÓN DE SOLICITUD (marque lo que corresponda)

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de valoración inicial | <input type="checkbox"/> Solicitud de revisión del grado de dependencia que ya tengo reconocido | <input type="checkbox"/> Solicitud de revisión del programa individual de atención que contiene los servicios y/o prestaciones ya reconocidos |
| <input type="checkbox"/> Menor de tres años para acreditar la situación de discapacidad del hijo o menor a los efectos de la ampliación del permiso de maternidad o paternidad y, en su caso, de los correspondientes subsidios. | | <input type="checkbox"/> Traslado desde otra Comunidad o Ciudad Autónoma |
| <input type="checkbox"/> Homologación de la necesidad de concurso de tercera persona | | |

3. NOTIFICACIÓN

| | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------|----|---|----------|------|--------|---------------|
| Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del indicado en el apartado 1) | | | | | | | | |
| DOMICILIO (Calle / Plaza) | | | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA | | PAÍS (solo en el caso de ser diferente de España) | | | | |
| Si desea recibir avisos de las notificaciones, indique el medio | | | | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | DISPOSITIVO ELECTRÓNICO (nº de móvil...) | | | | |

4. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 4.1 ¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta ha sido afirmativa indique la provincia en que lo solicitó: | y el año | |
| 4.2 ¿Tiene reconocido grado de discapacidad? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta ha sido afirmativa indique: | y el año | |
| o Porcentaje (%) | | |
| o Localidad, Provincia y Comunidad Autónoma donde se efectuó | | |
| o Tipo de discapacidad (con carácter voluntario) | | |
| 4.3 ¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos esenciales de la vida? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta ha sido afirmativa indique la provincia donde se efectuó: | y el año | |
| 4.4 ¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta ha sido afirmativa indique la provincia donde se efectuó: | y el año | |
| 4.5 ¿Tiene diagnosticada una enfermedad rara? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

5. DATOS DE RESIDENCIA

| | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| 5.1 ¿Es usted persona emigrante española retornada ? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del retorno definitivo: | | |
| 5.2 ¿Reside legalmente en la actualidad en territorio Español? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5.3 ¿Ha residido legalmente en territorio Español durante cinco años? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| De estos cinco años, ¿han sido dos inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa indique: | | |
| Periodos (mes y año de inicio/ mes y año de finalización) | Provincia/Comunidad o Ciudad Autónoma | |
| | | |
| | | |
| | | |

II DATOS DE CONVIVENCIA

| Indique los datos de las personas que residan con usted en su domicilio | | | | | | |
|---|------------------|--------|---|------|---------------------|---|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN 1 DNI/NIF 2 NIE 3 Pasaporte/Otro | SEXO | FECHA NACIMIENTO | RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

III OTROS DATOS

1. a) ¿Recibe atención de los Servicios Sociales? Sí No
 Si la respuesta ha sido afirmativa indique: Fecha efectos Tipo de prestación

b) ¿Está siendo atendido en su domicilio? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como Organismo o entidad prestataria: Teleasistencia Ayuda a domicilio

c) ¿Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA CUIDADORA NO PROFESIONAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | | | NACIONALIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO | Relación (indique parentesco/relación) |
|--|------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|---|------|------------------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> DNI/NIF | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro | | | | |
| DOMICILIO (cuando no conviva con el solicitante) | | | | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD | | PROVINCIA/COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA | | | ¿Desde qué fecha reside en esta localidad? (Indique la fecha) | | | | |
| TIPO DE JORNADA | | <input type="checkbox"/> TOTAL | | <input type="checkbox"/> PARCIAL | | Fecha desde la que atiende a la persona solicitante | | | |

2. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro de Día o Centro de Noche? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa indique los siguientes datos:
 Denominación del Centro:
 Nombre del organismo o entidad:
 Dirección del Centro: Localidad:

3. ¿Se encuentra usted atendido en un Centro residencial? Sí No Temporal Permanente
 Denominación del Centro:
 Nombre del organismo o entidad:
 Dirección del Centro: Localidad:

4. ¿Tiene usted contratado un servicio de asistencia personal? Sí No
 Datos personales del asistente personal: Nombre y apellidos:
 DNI: Domicilio:
 En otro caso, Nombre de la Empresa y NIF:
 Domicilio:

IV DATOS DEL REPRESENTANTE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | | | | | | |
|--|------------------|-----------|----------------------------------|------------------------------|---|------------------------------------|---------------|--------|---------------|
| | | | <input type="checkbox"/> DNI/NIF | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro | <input type="checkbox"/> CIF | Nº: | | |
| DOMICILIO (Calle / Plaza) | | | | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD | | PROVINCIA | | COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA | | | TELÉFONO FIJO | | |
| TELÉFONO MÓVIL | | CORREO-E | | | | RELACIÓN CON LA PERSONA INTERESADA | | | |
| PODER NOTARIAL O REPRESENTACIÓN. Nº DE PROTOCOLO | | | | | | | | | |

V CAPACIDAD ECONÓMICA DE LA PERSONA INTERESADA**1. DATOS SOBRE LA RENTA**¿TIENE INGRESOS PROPIOS? Sí No**1.1 RENTAS DE TRABAJO, PRESTACIONES SOCIALES Y EQUIVALENTES**

| Concepto | Empresa u Organismo | Cuantía integra anual (€) |
|---|---------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

1.2 RENTAS DERIVADAS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| Concepto y razón social | Rendimientos íntegros anuales (€) | |
|---|-----------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

1.3 RENTAS DE CAPITAL

| Concepto | Rendimientos íntegros anuales (€) | |
|---|-----------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

1.4 GANANCIAS Y PLUSVALÍAS PATRIMONIALES

| Concepto | Rendimientos íntegros anuales (€) | |
|---|-----------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

1.5 ¿Es titular de rentas derivadas de un patrimonio especialmente protegido Sí No

Si la respuesta es afirmativa cumplimente las casillas siguientes:

| Concepto | Valor (€) | |
|---|-----------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

1.6 Si percibe ingresos no sujetos al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o exentos del mismo, indique cuales:

| Concepto | Empresa, Organismo | Cuantía integra anual (€) |
|---|--------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

2. DATOS SOBRE EL PATRIMONIO

2.1 ¿Es titular de bienes y derechos de contenido económico (excluyendo la vivienda habitual)? Sí No

Si la respuesta es afirmativa cumplimente las casillas siguientes:

| BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD | | |
|---|-----------|---------------------------|
| Concepto | Valor (€) | Deudas y obligaciones (€) |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

2.2 ¿Percibe o ha solicitado el servicio de atención residencial permanente o la prestación económica vinculada al servicio y no tiene personas a su cargo que continúen residiendo en la vivienda habitual? Sí No

Si la respuesta es afirmativa cumplimente las casillas siguientes:

| | |
|--|--|
| 1. Propiedad individual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Valor catastral (€) | 2. Cotitularidad de la propiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Porcentaje de cotitularidad (%) Valor catastral en relación al porcentaje (€) |
| Total ingresos por este concepto | |

2.3. ¿Percibe o ha solicitado el servicio de atención residencial permanente o la prestación económica vinculada al servicio y si tiene personas a su cargo que continúen residiendo en la vivienda habitual? Sí No

Si la respuesta es afirmativa cumplimente las casillas siguientes:

| Relación familiar | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | N.I.F | Fecha Nacimiento | Situación de Dependencia o Discapacidad |
|-------------------|-----------------|------------------|--------|-------|------------------|---|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

RENDIMIENTOS DE TRABAJO, PRESTACIONES SOCIALES Y EQUIVALENTES

| Familiar a cargo | Concepto | Empresa u Organismo | Cuantía íntegra anual |
|---|----------|---------------------|-----------------------|
| | | | |
| Total ingresos por este concepto | | | |

RENDIMIENTOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS

| Familiar a cargo | Concepto y razón social | Rendimiento íntegro anual |
|---|-------------------------|---------------------------|
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

RENDIMIENTOS DE CAPITAL Y GANANCIAS Y PLUSVALIAS PATRIMONIALES

| Familiar a cargo | Concepto | Rendimiento íntegro anual |
|---|----------|---------------------------|
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

DATOS SOBRE PATRIMONIO:

¿Es titular de bienes y derechos de contenido económico? Sí No

Si la respuesta es afirmativa cumplimente las casillas siguientes:

| BIENES Y DERECHOS DE SU PROPIEDAD | | |
|---|-----------|---------------------------|
| Concepto | Valor (€) | Deudas y obligaciones (€) |
| | | |
| Total ingresos por este concepto | | |

2.4 ¿Ha realizado disposiciones patrimoniales en los cuatro años anteriores a la presentación de la solicitud, ya sea a título oneroso o gratuito, a favor del cónyuge, persona con análoga relación de afectividad al cónyuge o parientes hasta el cuarto grado inclusive Sí No

Si la respuesta es afirmativa cumplimente las casillas siguientes:

| Concepto | Valor (€) |
|---|-----------|
| | |
| Total ingresos por este concepto | |

3. DATOS SOBRE PRESTACIONES PÚBLICAS

- 3.1 ¿Percibe el complemento de la pensión de gran invalidez? Sí No
- 3.2 ¿Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona? Sí No
- 3.3 ¿Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social? Sí No
- 3.4 ¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona? Sí No

Si la respuesta es afirmativa en cualquiera de las preguntas anteriores cumplimente las siguientes casillas:

| TIPO DE PENSIÓN | IMPORTE (€) | ENTIDAD QUE LA RECOECE (Marque con una X) |
|-----------------|-------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU |
| | | <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU |
| | | <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU |

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Imsero cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, así como a facilitar el seguimiento y control de las prestaciones, incluido el acceso de los servicios sociales al domicilio.

ACEPTO que de acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imsero consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque esta casilla y, en este caso, deberá aportar, junto a esta solicitud, la documentación que se detalla en las instrucciones (página 8, apartado 1, sobre documentación general).

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE

ACEPTO que de acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imsero consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque esta casilla y, en este caso, deberá aportar junto a esta solicitud la documentación que se detalla en las instrucciones (página 9, apartado 3).

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL

ACEPTO que de acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imsero consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque esta casilla y, en este caso, deberá aportar junto a esta solicitud la documentación que se detalla en las instrucciones (página 9, apartado 2, punto 2.1).

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

AUTORIZACIÓN DEL ASISTENTE PERSONAL

ACEPTO que de acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imsero consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque esta casilla y, en este caso, deberá aportar junto a esta solicitud la documentación que se detalla en las instrucciones (página 9, apartado 2, punto 2.2).

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) están constituidos en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema, todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

En ningún caso, los datos serán objeto de comunicación o cesión a terceros, sin contar con su consentimiento expreso, salvo en aquellos casos legalmente previstos, y serán utilizados para la tramitación de expedientes individualizados y el reconocimiento oficial de dependencia para acceder a prestaciones o beneficios, sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizados en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

De conformidad con lo establecido en los artículos 12 y siguientes, Capítulo II del Título III, de la citada Ley Orgánica, la persona interesada podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición ante el Imsero, órgano responsable del fichero, dirigiéndose al correo electrónico sg@imsero.es o mediante escrito dirigido al citado responsable, Avenida de la Ilustración s/n, con vuelta a c/ Ginzo de Limia 58, 28029 Madrid.

La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL IMSERSO EN

4. AUTORIZACIÓN AL IMSERSO PARA REALIZAR LAS VERIFICACIONES Y LAS CONSULTAS, A LOS FICHEROS PÚBLICOS, NECESARIAS PARA ACREDITAR LOS DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO DE LA PERSONA SOLICITANTE

CUMPLIMENTE UNO POR CADA PERSONA A CARGO

| | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|---------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> DNI/NIF | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> Pasaporte/Otro | <input type="checkbox"/> CIF | |
| | | | Nº: | | | | |
| DOMICILIO (Calle / Plaza) | | Nº | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | CÓDIGO POSTAL |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | COMUNIDAD O CIUDAD AUTÓNOMA | | | TELÉFONO FIJO | | |
| RELACIÓN CON LA PERSONA INTERESADA | | TELÉFONO MÓVIL | | | CORREO-E | | |

De acuerdo con el artículo 28. 2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Imserso consultará los datos consignados en esta solicitud y recabará aquellos documentos que sean precisos para su resolución, a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto.

En caso de oponerse a estas consultas marque esta casilla y, en este caso, deberá aportar junto a esta solicitud la documentación que se detalla en las instrucciones (página 9, apartado 4).

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Le informamos que los datos personales contenidos en esta solicitud se integrarán en los ficheros automatizados que sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) están constituidos en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Sistema, todo ello de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

En ningún caso, los datos serán objeto de comunicación o cesión a terceros, sin contar con su consentimiento expreso, salvo en aquellos casos legalmente previstos, y serán utilizados para la tramitación de expedientes individualizados y el reconocimiento oficial de dependencia para acceder a prestaciones o beneficios, sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizados en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

De conformidad con lo establecido en los artículos 12 y siguientes, Capítulo II del Título III, de la citada Ley Orgánica, la persona interesada podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición ante el Imserso, órgano responsable del fichero, dirigiéndose al correo electrónico sg@imserso.es o mediante escrito dirigido al citado responsable, Avenida de la Ilustración s/n, con vuelta a c/ Ginzo de Limia 58, 28029 Madrid.

La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones pueden ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

ESCRIBA CON CLARIDAD PARA EVITAR ERRORES DE INTERPRETACIÓN, A SER POSIBLE EN ORDENADOR O CON LETRAS MAYÚSCULAS

Deberá presentar con la solicitud los siguientes documentos preceptivos, evitando con ello retrasos innecesarios:

1. Informe de Salud de la persona interesada, conforme al modelo oficial que se acompaña como Anexo III.
2. En el supuesto de cumplimentar en la página 4 el apartado III.1.a) (OTROS DATOS) de la presente solicitud, deberá aportar la documentación acreditativa de encontrarse atendido por los Servicios Sociales.
3. En el supuesto de cumplimentar en la página 4 el apartado III.1.b) (OTROS DATOS) de la presente solicitud, deberá aportar la documentación acreditativa de encontrarse atendido en su domicilio a través de un servicio de teleasistencia o de ayuda a domicilio.
4. En el supuesto de cumplimentar en la página 4 el apartado III.2 (OTROS DATOS) de la presente solicitud, deberá aportar la documentación acreditativa de encontrarse atendido en un centro de día o de noche.
5. En el supuesto de cumplimentar en la página 4 el apartado III.3 (OTROS DATOS) de la presente solicitud, deberá aportar la documentación acreditativa de encontrarse atendido en un centro de atención residencial.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR JUNTO A LA SOLICITUD, EN EL SUPUESTO DE QUE SE OPONGA A QUE EL IMSERSO CONSULTE U OBTENGA LOS DATOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

En el supuesto de que la persona solicitante, su representante o alguna de las personas integrantes de la unidad familiar, su cuidador no profesional o su asistente personal, no autoricen al Imsero la consulta electrónica de los datos consignados en la solicitud o de los documentos precisos para su resolución deberá aportar, en su caso, la siguiente documentación:

1. DOCUMENTACIÓN GENERAL

- 1.1. Copia del documento acreditativo de la identidad de la persona interesada.
- 1.2. Certificado de empadronamiento, acreditativo de los datos de domicilio y residencia de la persona interesada, emitido, como máximo, en el plazo de los tres meses anteriores a la presentación de la solicitud.
- 1.3. En su caso, copia de la resolución que reconozca la pensión de gran invalidez o la necesidad de asistencia de tercera persona.
- 1.4. En su caso, copia del certificado o resolución de reconocimiento de grado de discapacidad.
- 1.5. Documentación acreditativa de la capacidad económica de la persona interesada, conforme a lo siguiente:
 - 1.5.1. Justificante de los ingresos percibidos como consecuencia de tener reconocida cualquier pensión, prestación o subsidios públicos, correspondiente al ejercicio en que se presenta la solicitud, cuando la capacidad económica solo provenga de la percepción de las prestaciones citadas.
 - 1.5.2. Copia de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), correspondiente al último ejercicio fiscal cuyo período de presentación de la correspondiente declaración haya vencido a la fecha de presentación de la solicitud, o certificado de la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) sobre esta misma declaración.
 - 1.5.3. Si conforme a la legislación vigente, la persona interesada no estuviera obligada a formular declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, o la totalidad o parte de las rentas que percibiese estuvieran exentas de dicha tributación, a tenor de lo previsto en el artículo 7 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, deberá acreditarse tal extremo, mediante los siguientes documentos:
 - 1.5.3.1. Certificado expedido por la AEAT acreditativo de no haber presentado declaración sobre la renta de las personas físicas, incorporando las imputaciones que constan en sus bases de datos, correspondiente al último ejercicio fiscal cuyo período de presentación de la correspondiente declaración haya vencido a la fecha de presentación de la solicitud.
 - 1.5.3.2. Justificante de rentas exentas de tributación de acuerdo con lo previsto en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, correspondiente al período indicado en el párrafo anterior.
 - 1.5.4. En su caso, copia del recibo del Impuesto sobre Bienes Inmuebles o certificado expedido por la Gerencia Territorial de la Dirección General del Catastro, relativa a los bienes inscritos en el Catastro Inmobiliario con expresión de su valoración.

2. DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA A APORTAR EN LOS SUPUESTOS DE CUIDADOR NO PROFESIONAL Y ASISTENTE PERSONAL

2.1. En el supuesto de cuidador no profesional y haber cumplimentado el apartado III.1.c) (OTROS DATOS) de la presente solicitud deberá aportar:

- 2.1.1. Copia del documento acreditativo de la identidad del cuidador no profesional.
- 2.1.2. Documentación que acredite parentesco del cuidador no profesional con la persona solicitante.
- 2.1.3. Certificado de empadronamiento acreditativo de los datos de domicilio y residencia del cuidador no profesional.
- 2.1.4. Documento acreditativo de la residencia legal en España del cuidador no profesional, en el caso de ciudadanos extranjeros.
- 2.1.5. Documento del compromiso, en su caso, del cuidador familiar o de entorno, en el supuesto de estar prestando la atención con carácter previo a la presentación de la solicitud.

2.2. En el supuesto de asistente personal y haber cumplimentado el apartado III.4 (OTROS DATOS) de la presente solicitud deberá aportar:

- 2.2.1. Copia del documento acreditativo de la identidad del asistente personal.
- 2.2.2. Documento acreditativo de la residencia legal y autorización administrativa para trabajar del asistente personal, en caso de ciudadanos extranjeros.
- 2.2.3. Documentación acreditativa de encontrarse afiliado y en alta, el asistente personal, en el régimen correspondiente de la seguridad social.

3. DOCUMENTACIÓN EN CASO DE ACTUAR MEDIANTE REPRESENTANTE

- 3.1. Copia del documento acreditativo de la identidad de la persona que ostente la representación.
- 3.2. Certificado de empadronamiento, acreditativo de los datos de domicilio y residencia de la persona que ostente la representación
- 3.3. En su caso, se deberá adjuntar la documentación que acredite la representación o la declaración jurada en el supuesto de guardador de hecho de un menor o presunto incapaz, conforme al modelo que se acompaña como Anexo VI.

4. DOCUMENTACIÓN EN CASO DE PERSONAS A CARGO DE LA PERSONA SOLICITANTE

- 4.1. Copia del documento acreditativo de la identidad de las personas a cargo.
- 4.2. Certificado de empadronamiento, acreditativo de los datos de domicilio y residencia de las personas a cargo, emitido, como máximo, en el plazo de los tres meses anteriores a la presentación de la solicitud.
- 4.3. En su caso, copia del certificado o resolución de reconocimiento de grado de discapacidad de las personas a cargo.
- 4.4. Documentación acreditativa de la capacidad económica de las personas a cargo (conforme a lo establecido en la página 8, apartado 1, documentación general, punto 1.5).
- 4.5. Documentación que acredite el parentesco, la relación de cónyuge o de pareja de hecho o la vinculación por razón de tutela y/o acogimiento.

Para más información sobre este procedimiento consulte la [Sede Electrónica del Imserso](#).