

ANEXO I

**SOLICITUD DE AYUDA CON DESTINO AL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES
DEPENDIENTES EN SU HOGAR.**

Nº EXP.	
Nº SOLICITUD	

1. DATOS DEL SOLICITANTE .

<input type="checkbox"/> Persona mayor que vive sola o con otras personas que no formen parte de su unidad de convivencia. (1) <input type="checkbox"/> Persona mayor que vive con otras personas que formen parte de su unidad de convivencia. <input type="checkbox"/> Persona cuidadora que forme parte de la unidad de convivencia de la persona mayor dependiente. <input type="checkbox"/> Representante de la persona mayor.					
Apellidos y Nombre :					
D.N.I.	Fecha Nacimiento	Estado Civil			
Domicilio c/pl :		Nº:	Piso		
Localidad :	C.P.				
Provincia :	Tfno :				
Nacionalidad :					
Relación de parentesco, en su caso, con la persona mayor dependiente:					

(1) Forman parte de la unidad de convivencia quienes convivan con la persona mayor en una misma vivienda o alojamiento, con relación de parentesco con ésta, ya sea por unión matrimonial o por cualquier otra forma de relación estable análoga a la cónyugal, por parentesco civil de consanguinidad y/o afinidad, hasta el segundo grado en línea recta y colateral, o por adopción, tutela o acogimiento familiar.

2 .DATOS DE LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE (2)						
Apellidos y Nombre :						
D.N.I.		Fecha Nacimiento		Estado Civil		
Domicilio c/pl :				Nº	Piso	
Localidad :				C.P.		
Nacionalidad :						
Provincia :				Tfno:		

(2) Rellenar en el supuesto en que no sea el propio solicitante (en cuyo caso sus datos ya estarían contemplados en el apartado 1).

3. DATOS DE EL/LA CUIDADOR/A. (3)						
Apellidos y Nombre :						
D.N.I.		Fecha Nacimiento		Estado Civil		
Domicilio c/pl :				Nº	Piso	
Localidad :				C.P.		
Provincia :				Tfno :		
Nacionalidad :						
Relación con la persona mayor dependiente (tipo de parentesco, vecino, amistad, relación laboral, etc.)						

(3) Rellenar en el supuesto en que no sea el propio solicitante (cuyos datos ya estarán contemplados en el apartado 1 si la solicitud es presentada por la persona cuidadora que forme parte de la unidad de convivencia de la persona mayor dependiente)

4. UNIDAD DE CONVIVENCIA						
Nombre apellidos	y	Vínculo familiar con la persona mayor	Fecha de nacimiento	Tipo de deficiencia (4)	Persona dependiente (5)	Ingresos anuales netos(6)
1						
2						
3						
4						
5						

(4) Señalar el número que corresponda según el siguiente cuadro:

Minusvalía con grado de minusvalía entre 33 y 64 por ciento o incapacidad laboral para su trabajo habitual	
Deficiencia principal desencadenante de la discapacidad o incapacidad laboral	Número
- Deficiencia por enfermedad mental	1
- Deficiencia por retraso mental	2
- Otras deficiencias	3
Minusvalía con grado de minusvalía entre 65 y 74 por ciento o incapacidad laboral para todo tipo de trabajo	
Deficiencia principal desencadenante de la discapacidad o incapacidad laboral	Número
- Deficiencia por enfermedad mental	4
- Deficiencia por retraso mental	5
- Otras deficiencias	6
Minusvalía con grado de minusvalía entre 75 por ciento y superior o gran invalidez.	
Deficiencia principal desencadenante de la discapacidad o incapacidad laboral	Número
- Deficiencia por enfermedad mental	7
- Deficiencia por retraso mental	8
- Otras deficiencias	9

(5) Conteste sí o no (si es mayor de 65 años, deberá acreditar tal circunstancia mediante informe médico según modelo contenido en el anexo II)

(6) Ingresos anuales correspondientes al año anterior a la solicitud. Incluir en la última fila los ingresos de la persona mayor dependiente cuya situación es objeto de la solicitud.

5. PRESTACIONES Y/O AYUDAS DE NATURALEZA ANÁLOGA RECIBIDAS POR LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE

Prestación y/o ayuda	SÍ	NO	HORAS/DÍA	DÍAS/SEMANA
Teleasistencia				
Ayuda a Domicilio				
Atención en Centro de Día				
Atención en Centro Residencial				
Respiro Familiar				
Otras (Señalar)				

6. OTROS DATOS DE INTERES (7)

--

7. DATOS BANCARIOS**Banco o Caja de Ahorros :****Agencia:****Domicilio :****Localidad :****Provincia (8) :****Nº C/C Cartilla (9):****Titular (10) :**

(7) Datos que pudieran ser tenidos en cuenta para valorar la situación de necesidad, incluyéndose el n° de horas al día y de días a la semana destinadas al cuidado de la persona mayor dependiente.

(8) Necesariamente será la provincia en que se efectúe la solicitud.

(9) Se precisan los veinte dígitos del número de cuenta.

(10) Necesariamente figurará la persona que solicite la ayuda.

8. DECLARACIÓN JURADA

El solicitante declara bajo su responsabilidad que:

- a) La persona reseñada en el apartado "datos del cuidador" me presta asistencia de forma continuada en el domicilio de la persona mayor dependiente para cuya atención se destina la ayuda solicitada.
- b) Se halla al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias con la Comunidad Autónoma.
- c) No ha recibido ayudas o subvenciones con el mismo objeto de cualquier Administración o Ente público. En otro caso, hará constar las que haya solicitado y el importe de las recibidas.
- d) No ha recibido ayudas u otras atribuciones patrimoniales gratuitas de entidades públicas o particulares para el mismo destino o, en su caso, el importe de las que haya recibido.
- e) No se halla inhabilitado para recibir ayudas de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma.
- f) Son ciertos los datos reflejados en la solicitud, quedando enterado de que la ocultación o falsedad en los mismos dará lugar a la exigencia de las responsabilidades que de ello se deriven y a la pérdida de los beneficios que en base a dichos datos hayan podido serme reconocidos. Igualmente me comprometo a comunicar cualquier modificación en los datos que pudieran afectar a los beneficios que me puedan ser reconocidos.

Asimismo, autoriza expresamente el abono de la ayuda a la institución correspondiente y a los órganos encargados de la tramitación de la misma para que requiera los certificados de pensiones y vida laboral a los organismos correspondientes, para dar cumplimiento a los requisitos de la norma que regula estas ayudas.

En a ... de de2004

(FIRMA DEL SOLICITANTE, DE LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE Y, EN SU CASO, DEL REPRESENTANTE,)

SE ACOMPAÑA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

() DNI del solicitante o documento acreditativo de identidad y tarjeta de residencia en el caso de ser extranjero y, en su caso documento acreditativo de ser emigrante canario retornado o de tener la condición de refugiado.

() DNI de la persona cuidadora o documento acreditativo de identidad y tarjeta de residencia en el caso de ser extranjero.

() DNI de la persona mayor dependiente.

() DNI del representante del solicitante, en su caso.

() Certificado de empadronamiento y convivencia del solicitante y del mayor dependiente (en caso de que no sea el mismo solicitante).

() Copia de la declaración de la renta o certificado de estar exento, del solicitante y los siguientes miembros de la unidad de convivencia, en su caso:

() Informe médico relativo a la dependencia de la persona mayor dependiente, sujeto de la ayuda y de los siguientes miembros de la unidad de convivencia, en su caso.

() Copia de la resolución de la discapacidad o incapacidad laboral de los siguientes miembros de la unidad de convivencia:

****Los datos personales recogidos serán tratados con su consentimiento informado en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, y de conformidad a los principios dispuestos en la misma pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.***

ANEXO II

MODELO DE INFORME MÉDICO PARA SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN SU HOGAR.

1. Datos del Médico de Familia.

Nombre y apellidos: _____

Nº de colegiado: _____

Centro de Salud: _____

2. Datos de identificación de la persona mayor dependiente.

Nombre y apellidos: _____

D.N.I.: _____

3. ¿El paciente está incluido en el Programa de atención a las personas mayores atendiendo al criterio de patología física o mental incapacitante del Protocolo de Atención Domiciliaria?

Sí
No

4. Diagnóstico: patología incapacitante principal:

--

5. ¿En qué actividades básicas de la vida diaria precisa ayuda de tercera persona y en qué grado?

Actividad	Independiente	Necesita supervisión	Necesita ayuda parcial	Dependiente total
Baño				
Vestido				
Uso del WC				
Movilidad				
Continencia de esfínteres				
Alimentación				

Independiente:

Realiza la actividad sin intervención de terceras personas, aunque para su realización necesite más tiempo o alguna ayuda técnica.

Necesita supervisión:

Realiza la actividad pero necesita indicaciones verbales de terceros, tener preparado el material, etc.

Necesita ayuda parcial:

Realiza la actividad de forma incompleta necesitando ayuda física parcial de terceros, por ejemplo para el vestido de la parte superior del cuerpo.

Dependiente total:

No realiza la actividad. Necesita ayuda máxima para la actividad.

6. Estado de la vista y oído.

Déficit visual severo Sí No Déficit auditivo severo Sí No

7. Situación psíquica.

A) Alteraciones de la memoria	
No presenta	
Leve	
Moderado	
Importante	
C) Incoherencias en la comunicación	
No presenta	
Moderada	
Importante	
Total	
E) ¿Presenta trastornos de conducta?	
No presenta	
Leves	
Moderados	
Importantes	

B) Alteraciones en la orientación en tiempo y espacio	
Totalmente orientado	
Desorientación ocasional	
Desorientación frecuente	
Completamente desorientado	
D) Alteraciones en la afectividad	
No presenta	
Inestabilidad emocional	
Depresión / Ansiedad	

8. Otras situaciones incapacitantes para las actividades básicas de la vida diaria no contempladas en los apartados anteriores.

--

ANEXO III

INFORME DE VALORACIÓN

1. Puntuaciones

Concepto	Puntos
1. Por la renta per cápita de la unidad de convivencia.	
2. Por la dependencia de la persona mayor conviviente: - Persona mayor dependiente 1 _____ - Persona mayor dependiente 2 _____ -	
3. Por la edad del menor conviviente: - Menor 1 _____ - Menor 2 _____ -	
4. Por la invalidez y/o minusvalía de los convivientes del mayor dependiente solicitante: - Invalidez/Minusválido 1 _____ - Invalidez/Minusválido 2 _____ -	
5. Por la edad del cuidador principal.	
6. Por la edad de la persona mayor dependiente solicitante.	
7. Por la dependencia de la persona mayor solicitante	
TOTAL:	

2. Prestaciones y/o ayudas de naturaleza análoga recibidas por la persona mayor dependiente.

Prestación y/o ayuda	SÍ	NO	HORAS/DÍA	DÍAS/SEMANA
Teleasistencia				
Ayuda a Domicilio				
Atención en Centro de Día				
Atención en Centro Residencial				
Respiro Familiar				
Otras (Señalar)				

3. Número de horas de atención a la persona mayor dependiente realizadas por el /la cuidadora.

Nº de horas al día	Nº de días a la semana