

ANEXO II

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

NÚM. EXP.

NÚM. SOLICITUD

1. Datos de la persona solicitante

Persona mayor dependiente que vive sola o con otras que no formen

Persona mayor dependiente que vive con otras que formen parte de su unidad de convivencia.

Persona cuidadora que forme parte de la unidad de convivencia de la persona mayor dependiente.

Representante de la persona mayor dependiente.

Apellidos y

Nombre :

Núm. D.N.I.

Fecha Nacimiento

Estado Civil

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Calle/plaza, Etc.

Núm. Piso

--	--	--	--

Localidad

C. Postal

--	--	--

Provincia

Teléfono 1

Teléfono 2

--	--	--

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 dependiente 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 conyugal, 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 :

--	--	--

Núm. D.N.I.

Fecha Nacimiento

Estado Civil

--	--	--

DOMICILIO

Calle/plaza, Etc.	Núm.	Piso

Localidad

C. Postal

--	--	--

Provincia

Teléfono 1

Teléfono 2

--	--	--

Nacionalidad :

--

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

3. Datos de la persona cuidadora⁽³⁾

Apellidos y

Nombre :

--

Núm. D.N.I.

Fecha Nacimiento

Estado Civil

--	--	--

Calle/plaza, Etc.

Núm. Piso

--	--	--

Localidad

C. Postal

--	--	--

Provincia

Teléfono 1

Teléfono 2

--	--	--

Nacionalidad :

--

Relación de parentesco, en su caso, con la persona mayor dependiente:

--

(³) Rellenar en el supuesto en que no sea la propia persona 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

	<i>Nombre y apellidos</i>	<i>Vínculo</i>	<i>Fecha</i>	<i>Núm.</i>	<i>Tipo</i>	<i>Persona</i>	<i>Ingresos</i>
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

<i>Deficiencia principal desencadenante de la discapacidad</i>	
1	Deficiencia por enfermedad mental
2	Deficiencia por retraso mental
3	Otras deficiencias

Minusvalía con Grado de Minusvalía entre 65 y 74 por ciento

<i>Deficiencia principal desencadenante de la discapacidad</i>	
4	Deficiencia por enfermedad mental
5	Deficiencia por retraso mental
6	Otras deficiencias

Minusvalía con Grado de Minusvalía entre 75 por ciento y superior

<i>Deficiencia principal desencadenante de la discapacidad</i>	
7	Deficiencia por enfermedad mental
8	Deficiencia por retraso mental
9	Otras deficiencias

⁽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 2006. 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

<i>Prestación y/o ayuda</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Horas/Día</i>	<i>Días/Semana</i>
Teleasistencia				
Ayuda a domicilio				
Atención en Centro de día				
Atención en Centro Residencial				
Respiro familiar				
<i>Otras (señalar)</i>				

6. Otros datos de interés⁽⁷⁾

7. Datos bancarios

Banco o Caja de
Ahorros:

Agencia:

Domicilio:

Localidad:

Provincia⁽⁸⁾

Núm.

C.C./Cartilla.⁽⁹⁾

Titular.⁽¹⁰⁾

⁽⁷⁾Datos que pudieran ser tenidos en cuenta para valorar la situación de necesidad, incluyéndose el Núm. de horas al día y de días a la semana destinados 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

La persona mayor dependiente declara bajo su responsabilidad que la persona reseñada en el apartado "datos de la persona cuidadora" presta asistencia de forma continuada en su domicilio para cuya atención se destina la ayuda solicitada

Firma de la persona mayor dependiente

9. Declaración jurada

La persona solicitante declara bajo su responsabilidad que:

a) Se halla al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias tanto estatales como con la Comunidad Autónoma.

b) 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.

c) 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.

d) No se halla inhabilitado para recibir ayudas de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma.

e) 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 _____ de 2008.

(Firma de la persona solicitante, o en su caso, del representante,)

ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL. CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL, JUVENTUD Y VIVIENDA.

10. Declaración responsable acreditativa de que el solicitante, no está incurso en las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario de subvenciones, establecidas en los apartados 2 y 3 del artículo 13 de la ley 38/2003, de 17 de noviembre, general de subvenciones. (*)

D./D.^a _____, con DNI.
Núm. _____, con domicilio en (localidad, provincia, calle, etc.)

_____.

DECLARA

1. No haber sido condenada mediante sentencia firme a la pena de pérdida de la posibilidad de obtener subvenciones o ayudas públicas.

2. No haber solicitado la declaración de concurso, no haber sido declarados insolventes en cualquier procedimiento, no hallarse declarados en concurso, no estar sujetos a intervención judicial o no haber sido inhabilitados conforme a la ley concursal sin que haya concluido el período de inhabilitación fijado en la sentencia de calificación del concurso.

3. No haber dado lugar, por causa de la que hubiesen sido declarados culpables, a la resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración.

4. No estar incurso en alguno de los supuestos de la Ley 12/1995, de 11 de mayo,

de Incompatibilidades de los Miembros del Gobierno de la Nación y de los Altos Cargos de la Administración General del Estado, de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, o tratarse de cualquiera de los cargos electivos regulados en la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General, en los términos establecidos en la misma o en la normativa autonómica que regule estas materias.

5. No tener residencia fiscal en un país o territorio calificado reglamentariamente como paraíso fiscal.

6. No tener pendiente el pago de obligaciones por reintegro de subvenciones.

7. No haber sido sancionado mediante resolución firme con la pérdida de la posibilidad de obtener subvenciones según esta Ley General de Subvenciones o la Ley General Tributaria.

8. No estar incurso en las causas de prohibición previstas en los apartados 5 y 6 del artículo 4 de la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación.

En _____, a ____ de _____ de 2008.

Fdo.:

Autoridad Administrativa
ante la que se otorga
(Firma, nombre, antefirma y sello)

()Esta declaración podrá realizarse mediante testimonio judicial, una declaración responsable otorgada ante una autoridad administrativa o notario público.*

SE ACOMPAÑA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

DNI, en vigor, de la persona solicitante o documento acreditativo de identidad y tarjeta de residencia, en vigor, 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, en vigor, de la persona cuidadora o documento acreditativo de identidad y tarjeta de residencia, en vigor, en el caso de ser extranjero.

DNI, en vigor, de la persona mayor dependiente.

DNI, en vigor, del representante de la persona solicitante, en su caso, así como el documento que acredite tal representación.

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

Documentos que acrediten los ingresos, rentas o patrimonio percibidos o poseídos por el/la solicitante y los/las demás miembros de la unidad de convivencia durante el año 2006.

Informe médico según modelo figurante en el Anexo III 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 del Certificado de Minusvalía de los siguientes miembros de la unidad de convivencia:

Certificado de empadronamiento mediante el cual se acredite el tiempo de residencia en la Comunidad Autónoma de Canarias tanto de la persona mayor dependiente como de los demás miembros de la unidad de convivencia.

Copia del Libro de Familia, cuando existan menores en 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 la persona responsable del fichero.*

ANEXO III

**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:*

*Núm. de
colegiado:*

*Centro de
Salud:*

2. Datos de identificación de la persona mayor dependiente.

*Nombre y
apellidos:*

*Núm.
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?

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

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Necesita supervisión</i>	<i>Necesita ayuda parcial</i>	<i>Dependiente total</i>
<i>Firma del Médico de Familia</i>				

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)

<i>Alteraciones de la memoria</i>	
No presenta	
Leve	
Moderado	
Importante	

B)

<i>Alteraciones en la orientación en tiempo y espacio</i>	
Totalmente orientado	
Desorientación ocasional	
Desorientación frecuente	
Completamente desorientado	

C)

<i>Incoherencias en la comunicación</i>	
No presenta	
Moderada	
Importante	
Total	

D)

<i>Alteraciones en la afectividad</i>	
No presenta	
Inestabilidad emocional	
Depresión/Ansiedad	

E)

<i>Trastornos de conducta</i>	
No presenta	
Leve	
Moderado	
Importantes	

Firma del Médico de Familia

La valoración del presente informe, se realizará por el grupo de análisis y valoración, de la Dirección General de Bienestar Social del Departamento, en atención a los criterios establecidos en la Base undécima de la presente Orden de concesión de ayudas.

ANEXO IV

INFORME DE VALORACIÓN

1. Puntuaciones

<i>Concepto</i>	<i>Puntos</i>
1. Por la renta <i>per capita</i> de la unidad de convivencia	
2. Por la dependencia de la persona mayor conviviente: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Persona mayor dependiente</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ — • <i>Persona mayor dependiente</i> <ol style="list-style-type: none"> 2. _____ — 	
3. Por la edad del menor conviviente: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Persona menor dependiente</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ — 	

<p>• <i>Persona menor dependiente</i></p> <p>2.</p> <p>_____</p> <p>—</p>	
<p>4. Por la minusvalía de los convivientes del mayor dependiente solicitante:</p> <p>• <i>Minusválido</i></p> <p>1.</p> <p>_____</p> <p>—</p> <p>• <i>Minusválido</i></p> <p>2.</p> <p>_____</p> <p>—</p>	
<p>5. Por la edad de la persona cuidadora principal</p>	
<p>6. Por la edad de la persona mayor dependiente solicitante</p>	
<p>7. Por la dependencia de la persona mayor solicitante</p>	
<p style="text-align: right;"><i>Total</i></p>	

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

<i>Prestación y/o ayuda</i>	<i>Sí No</i>		<i>Horas/Día</i>	<i>Días/Semana</i>
Teleasistencia				
Ayuda a domicilio				
Atención en Centro de día				
Atención en Centro Residencial				
Respiro familiar				
<i>Otras (señalar)</i>				

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

Núm. de horas al día

Núm. de días a la semana

--	--